



วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2561 VOL.11 NO.1 MAY – AGUST 2018

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลตากฟ้า อำเภอดงเจริญ จังหวัดนครสวรรค์	1
ชนัช กนกเทศ , สุนันทา สกลยืนยง	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตลำน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย... เกษนรินทร์ ชมพุด , ศรีวิภา ช่วงไชยยะ , นงศ์ลักษณ์ เหลาพรม , พรรณี ปัญชรหัตถกิจ , รัฐพล ไกรกลาง , ธนากร พรหมโนภาส , พัศกร อองอาจ	9
รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสุขภาพที่ 9	17
ลาวัณรณ ตั้งอำพรทิพย์ , ศักดิ์ชัย กุญเจริญ , นฤมล ศักดิ์ปกรณ์กานต์ , ทองทิพย์ สลวงวงษ์ลักษณ์	
แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกรณีศึกษา: อำเภอวังจันทร์.....	29
ประคิษฐ์ ปฐวีศรีสุธา	
ผลการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยองค์การบริหารส่วนตำบลพุดจาน.....	40
ธีระพงษ์ จงหิชน , นิสา พักศรีวิไล , วีระวัฒน์ อุ่นเสนาหา , อนัญญา โพธิ์ประคิษฐ์	
กรณีศึกษา การพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ป่วยภาวะการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (failure plate) ที่รับการผ่าตัดข้อเท้าด้วยวิธีการผ่าตัด... ชนิดเปิดและใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกภายในแบบเกลียวล๊อค ที่กระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง	47
กิ่งดาว ผูกดวง	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	58
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์	
สร้อยทอง กันงา , ชนะพล ศรีฤชา	
แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม.....	69
ธนิดา คงสมัย , อังศิรินทร์ อินทรกำแหง , จรัส อุ่นจิตติวัฒน์	
ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT).....	75
เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี	
ภาณุมาศ ทูมวัน , สุวิทย์ อุดมพานิชย์	
ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา.....	84
ณัฐฐิภรณ์ ปัญจจันทร์ , ยงยุทธ แก้วเต็ม , ฉาวร ล้อกา , สุวัฒน์ คาสุข , วลัยลักษณ์ ขันทา , กานต์ศิริ นาครักษ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต.....	92
วรภรณ์ ทินวัง , รุ่งนภา สุตินันท์โอกาส , เกศสุรินทร์ เทือกถา	
ทัศนคติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดการขยะของแหล่งท่องเที่ยวบนพื้นที่สูงกรณีศึกษาอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน.....	101
เลยภูพานนท์ เวียงนนท์ , ฐเศศ ศรีสถิต , อนัญญา โพธิ์ประคิษฐ์	
ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข.....	110
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	
ปรารธนา เรืองรัตน์ , สุวิทย์ อุดมพานิชย์	
แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	123
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด	
กิตติมา สว่างโสภ , สุวิทย์ อุดมพานิชย์	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของ.....	134
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	
อนันต์ แสงอรุณ , สุวิทย์ อุดมพานิชย์	
การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของ.....	147
ผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร	
ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์ , สมศักดิ์ อากาศีทองสกุล , จุติพร ผลเกิด	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด.....	155
เลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางในชุมชน	
วีณา จำเริญบุญ , ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่ , อมร สุวรรณนิมิตร	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
การเจริญสติในผู้ป่วยติดสารเสพติด: มุมมองทางด้านสมองและประสาทวิทยา.....	166
ทยาวิรุ จันทรวีวัฒน์ , ชนกฤทัย ชื่นอารมณ	
ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงงานสนับสนุนทางสังคม.....	176
ของผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไฮ อำเภอคำชะอี จังหวัดยโสธร	
สุภาพร บุญเชื้อ , เต๋นดวงดี ศรีสุระ , จำลอง วงษ์ประเสริฐ	
การเจริญสติเพื่อลดความเครียด: มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา.....	185
รานนท์ หาญมณตรี , ชนกฤทัย ชื่นอารมณ	
พฤติกรรมภาวะผู้นำไปบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.....	195
นฤมล ฮามพิทักษ์ , มาริสา ไกรฤกษ์	
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์.....	205
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์	
ธิดารัตน์ ทิพโชติ , สุวดี โลวีวรรณ	
บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข.....	213
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา	
รำไพ ราพัฒน์ , ชนะพล ศรีฤาชา	
การมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.....	222
อโนราช โยเหลา, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง	
ภาวะเหล็กเกิน : การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย.....	228
บุญญกัศร์ ภูมิภู , สุพัตรา บัวทิ	
การเจริญสติกับโรคซึมเศร้า : มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา.....	239
วนิดา กมลคร , ชนกฤทัย ชื่นอารมณ	
การป้องกันผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร.....	248
ระพีพรรณ ประจันตะเสน	
ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถทางภาษาปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี.....	257
วาสนา ศรีพูล , สุภาพร ใจการณ , จำลอง วงษ์ประเสริฐ	
ปริมาณและชนิดเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น.....	268
ปิยะนุช อาจกล้า , กาญจนา นาละพินธุ	
การประเมินความเสี่ยงด้านกายวิภาคศาสตร์และความคิดปกติของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชัยภูมิ.....	278
จังหวัดชัยภูมิ	
พันไมล์ วิชัยวงษ์ , กาญจนา นาละพินธุ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น.....	283
ปรีชาดิ กุติยา , เลิศชัย เจริญชัยรักษ์	
การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.....	295
ศิริโชติ พจนสุนทร , ชนะพล ศรีฤาชา	
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมแพ.....	303
จังหวัดขอนแก่น	
วราพร จันดาเวียง , วรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์	
การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.....	310
อภิวัฒน์ ปัจมนต์ , สมเสาวนุช จมูศรี , เกื้อพันธ์ กลั่นการดี	
การประเมินผลโครงการให้บริการฟื้นฟูเชิงรุกในผู้สูงอายุ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ.....	318
สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์	
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคโลหิตจาง.....	326
อภิญญา วงศ์พิริโยธา , สุรชาติ สิทธิปกรณ์ , อุคมลักษ์ณ์ สุทธิเจริญ	
คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4.....	335
รัชชยามหาสิริมงคล , นงเยาว์ มีเทียน , อภิญญา วงศ์พิริโยธา	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา.....	347
มนัสภรณ์ พิชัยจุมพล , มุกดา หนุ่ยศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล	
ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก.....	359
ละอองดาว ทับอาจ ,ดร.มุกดา หนุ่ยศรี , สมโภช รติโอพาร	
การดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของ.....	373
พนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโนส ตำบลนาโส อำเภอกุดชุมหี จังหวัดยโสธร	
นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, จิรวุฒิ กุจะพันธ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว.....	381
วรพจน์ ทำนียบ , เรณูมาศ มาอุ่น	
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท.....	389
สุทธิวรร เขตคาม , ลัดดา แสนสีหา, กชพร สิงหะหล้า	
ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง.....	397
อาทิตย์ วัฒนสินธุ์, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, สุภาพร แสงอ่วม	
โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและระดับไอโอดีนใน....	406
ปัสสาวะ ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู	
มณฑนา ไกรว้าง , ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	
ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็น.....	418
เบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี	
สุกานดา พลบุตร , ดวงกมล ปิ่นเฉลียว ,สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	
ประสิทธิผลของการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์.....	430
ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี	
ธิดารัตน์ ห้วยทราย	
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง.....	439
นิตยา รัชโพธิ์ , นิสากร วิบูลชัย, เมย์รัญจ์ แข็งแรง, วิภาศิริ นราพรมย์, ชชาติ ไทยเจริญ	
การพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี.....	450
ศิริพร วงศ์ศิริ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชายแดนไทย-พม่า : กรณีศึกษา หมู่บ้านเลตองคู ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก	461
สุภาภรณ์ สุดหนองบัว , อัจฉราพร เคราะห์ดี , หลุทัย ขันเพชร	
ปัจจัยการเกิดวัณโรคคือยามีในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์	469
วานิช รุ่งราม , เลิศชัย เจริญชัยรักษ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย	477
ศิรินคร ฌ หนองคาย , พรนภา สุกรเวทย์ศิริ	
บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน	487
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์	
กุลจิรา แซ่มสีม่วง หนองพล ศรีฤชา	
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยเบาหวาน	496
ชนิดที่ 2 ในชุมชน	
วัชรนุช จันทคุณ , สมเสาวนุช จมูศรี , อมร สุวรรณนิมิตร	
อิทธิพลของการตลาดเชิงสัมพันธ์และส่วนประสมการตลาดที่มีต่อปัจจัยการเลือกใช้จ่ายใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	505
ชนิดากา นิยมทอง	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
การพัฒนาพลังอำนาจชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์	511
ศรัณยู เรือนจันทร์, จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์	
คุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	523
จุฑารัตน์ แก้วจันดา, เลิศชัย เจริญชัยรักษ์	
การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาที่ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี	533
ชวัลลักษณ์ คลังกลาง, ประจักษ์ บัวผัน	
แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ	540
นิตยา พันธุ์สง่า, ชัญญา อภิบาลกุล	
ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด	555
น้ำทิพย์ ศรีหนองกิจ, ชัญญา อภิบาลกุล	
การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุอำเภอเทัญ จังหวัดอุดรธานี	567
ชุตาคารณ์ อินภิรมย์, ชัญญา อภิบาลกุล	
ประสิทธิผลของการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการบริหารโรคไข้มาลาเลียที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	574
ประรินทร เศรษฐวาทีน, พยอม สุขเอนกนันท์, ศิริธร ศิริอมรรพธน	
สถานการณ์สารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกร จากตลาดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น	587
ศิริรัตน์ หล้าคำ, อภิรมย์ เจริญไชย, รัฐพล ไกรกลาง	
ผลลัพธ์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางดวน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดที่หน่วยบริการปฐมภูมิ	595
ตะวัน เขตปัญญา, กชพร สิงหะหล้า, อมร สุวรรณนิมิตร	
แนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรมชมรมชาติ	604
รัชนิวรรณ จินธรรม, ปิ่นนธ์ภัส ฤกษ์ภักดี, อรวรรณ ภัสสรศิริ	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด	612
จิราภรณ์ จตุเทน, ชนะพล ศรีฤาชา	
ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น	624
เพชรรัตน์ พันอัน, ชัญญา อภิบาลกุล	
พฤติกรรมการใช้การรับรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุ สามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย	635
พระวีระชัย อมาตย์มนตรี, สันทัด ทองรินทร์, ไพบูรณ์ คณะนทรพรรค	
การศึกษาภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	654
ธิดารัตน์ องค์การ, วาสิณี วิเศษฤทธิ์	
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	667
พรวาทัญจน์ ทองคำ, มณฑิชา รักศิลป์, ชวนชัย เชื้อสาธุชนิ	
การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการวิเคราะห์หาพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม.....	679
ศุภานาด รัตนดาชา, เลิศชัย เจริญชัยรักษ์	

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขและสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองนโยบายด้านการสาธารณสุข และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ ในทุกระดับ เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศและต่างประเทศ ในรูปแบบรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และนวัตกรรม นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 32 (ปีที่ 11 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2561 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุผลการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยการพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ป่วยภาวะสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูกคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ทักษะจิตของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดการขยะของแหล่งท่องเที่ยวบนพื้นที่สูง ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเอง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเจริญสติในผู้ป่วยติดสารเสพติด ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม การเจริญสติเพื่อลดความเครียด พฤติกรรมภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักของนักศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประสิทธิภาพของการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อความวิตกกังวล เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลตากฟ้า อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์**Effects of an Elderly Health Promotion Program in Takfa Sub-District, Amphur Takfa, Nakonsawan**ธนัช กนกเทศ¹, สุนันทา สกุลยีนยง²Thanach Kanokthet¹, Sununta sakulenyong²**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลตากฟ้า อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุหรือแกนนำในชุมชน กิจกรรมสันทนาการ และการจัดการความเครียด สำหรับเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมียุเฉลี่ยเท่ากับ 65.83 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ยังประกอบอาชีพอยู่ และมีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และกระดูกเสื่อม 2) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59, p < .001$) และ 3) ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โปรแกรม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of an elderly health promotion program conducting among 42 members of Takfa elderly club in Takfa Sub-District, Amphur Takfa, Nakonsawan. The research instrument was composed of the elderly health promotion program, including the activities enhancing knowledge of self-care in the elderly and people with diabetes mellitus and hypertension, promoting nutrition in the elderly, exercising based on participation of leaders in the community, recreation, and stress management. Data were collected by an interview form assessing health behavior in the elderly with the Cronbach's alpha of .91, and by another interview form assessing satisfaction to the program. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The results were as follows: 1) The mean age of participants was 65.83 years. Most of the elderly in this group were female, were widows/widowers, finished the primary school level, had been working for living, and had a chronic disease. The common chronic diseases were diabetes mellitus, hypertension, heart diseases, and skeletal/muscular diseases, respectively. 2) Concerning the effects of the elderly health promotion program, it was found that after participating in the program, the elderly had a significantly higher mean score of health behavior than that before the program ($t = 10.59, p < .001$). 3) Regarding the satisfaction to the program, the participants showed a mean score of the overall at a high level.

Keywords : Health behavior, Elderly, Program

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การตระหนักและการรับรู้มากขึ้นถึงการเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ของโลก นับเป็นปัญหาท้าทายที่ประเทศต่าง ๆ ต้องเตรียมพร้อม ให้กลุ่มประชากรผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในระดับโลกและระดับภูมิภาคทำให้เห็นภาพว่า ประชากรโลกกำลังเข้าสู่ยุคผู้สูงอายุ (The world turns gray /An aging world) ซึ่งองค์การสหประชาชาติ มีความเห็นว่าปรากฏการณ์ทางประชากรผู้สูงอายุขณะนี้ อาจเรียกได้ว่าการปฏิวัติทางประชากร (demographic revolution หรือ revolution thinking หรือ revolutionary change) ที่เรียกเช่นนี้เพราะปรากฏการณ์ที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น (Aging is life long) และมีจำนวนและสัดส่วนมากขึ้นในสังคม^(1,2,3,4,5,6) การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งภารกิจในการดูแลด้านต่างๆ ที่ตามมา เป็นสิ่งที่ภาครัฐให้ความสำคัญมาตลอด จึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการ รวมทั้งกฎหมาย ประกาศ และระเบียบ สำหรับผู้สูงอายุทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังเช่นพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่ว่าด้วยผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการจัดการขององค์กร หน่วยงานต่างๆ⁽⁷⁾ ซึ่งส่งผลให้มีการจัดทำประกาศและระเบียบที่ออกตามความในพระราชบัญญัตินี้ตามมา เช่น ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ และประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย หรือชุมชน⁽⁷⁾

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุส่งผลให้ปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม

ที่มีอัตราการเป็นโรคเรื้อรังและมีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มวัยอื่น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลควบคุมโรคเรื้อรังในอดีต โรคเรื้อรังที่สำคัญได้แก่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรงคือ โรคไตวาย ตาบอด โรคหัวใจ อัมพาตหรือเสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน เป็นต้น⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งภาวะสมองเสื่อมนั้น นอกจากจะเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ เพราะมีการสูญเสียความคิด ความจำและความสามารถในการทำงานและ การตัดสินใจแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเช่นเดียวกับภาวะทุพพลภาพ⁽⁹⁾ นอกจากปัญหาสุขภาพที่รุนแรงดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุจำนวนมากยังประสบปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และการบดเคี้ยวอาหาร รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุเมื่อปีพ.ศ. 2552 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2554)⁽⁸⁾ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคต่อมไทรอยด์ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง การเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุไปรับบริการทางสุขภาพแบบต่อเนื่องถึงร้อยละ 53.7 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสุขภาพ

จากสถานการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลให้อัตราการรับบริการผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุและค่ารักษาพยาบาลของกองทุนหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งหากยังไม่มีระบบการป้องกันปัญหาสุขภาพที่ดีอาจทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินไปกับค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเน้นการดำเนินการเชิงรุก และส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการทดลองให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการออก

กำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีส่วนน้อยที่ศึกษาถึงผลของการดำเนินการ สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นการดำเนินการโดยชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสานความร่วมมือด้านวิชาการจากสถาบันการศึกษา ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองท้องถิ่น และ การสนับสนุนทรัพยากรจากในชุมชนเอง ดังนั้น คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข จึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้องค์ความรู้จากการดำเนินการร่วมกับชุมชนครั้งนี้ไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลตากฟ้า อำเภอดงพิกุล จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลตากฟ้า อำเภอดงพิกุล จังหวัดนครสวรรค์

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลเปรียบเทียบกับก่อนและหลัง ประชากรคือ ผู้สูงอายุในตำบลตากฟ้า อำเภอดงพิกุล จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในตำบลตากฟ้า อำเภอดงพิกุล จังหวัดนครสวรรค์ ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมครบ 6 ครั้ง จำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 เดือน รวมระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 6 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการตรวจวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การประเมินค่า BMI เพื่อติดตามภาวะสุขภาพและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุรับรู้และรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

1.2 การดำเนินการตามกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยดังนี้

- การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ในการดูแลและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เช่น เรื่องดูแลตัวเองอย่างไรให้ห่างไกลเบาหวาน เรื่องความดันโลหิตสูง กินยาอย่างไรให้ปลอดภัย

- การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุหรือ แก่นนำในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้บริหารร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น การทำ กายบริหาร การรำไทเก๊ก การรำวงสัมพันธ์

- สันทนาการและการส่งเสริมการจัดการความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสนุกสนาน คลายความเครียด และหัวเราะ เช่น กิจกรรมการประกวด “สาวสวยวัยใส” กิจกรรม “ประคองใจ” โดโนเสาร์”

- การส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึก การทำจิตใจให้สงบโดยการทำสมาธิเพื่อสุขภาพ

- การส่งเสริมด้านโภชนาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการในวัยสูงอายุ ทั้งด้านของชนิด ปริมาณ และคุณค่าของอาหาร โดยผ่านกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และโดยการจัดอาหารว่างและอาหารกลางวันที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม

การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วยสมาชิกและกรรมการชมรม ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุของปีนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และรัชสม นามวงษ์ (2550) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion lifestyle Profile) ของวอล์คเกอร์ (Walker, 1992) ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย 3) ด้านจิตวิญญาณ 4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) ด้านการจัดการกับความเครียด และ 6) ด้านโภชนาการ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เช่น ท่านสังเกตอาการและสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อความทางบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ จากมากที่สุด มาก ค่อนข้างมาก น้อย และน้อยที่สุด ส่วนข้อความทางลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ จากมากที่สุด มาก ค่อนข้างมาก น้อย และน้อยที่สุด

สำหรับเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ ได้นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอตากาลิ จังหวัดนครสวรรค์มาแล้ว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ความเหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงปรับเปลี่ยนเป็นแบบสัมภาษณ์โดยคงข้อความเดิม และหาค่าความเชื่อมั่นในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าเท่ากับ .95

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะ

คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม โดยการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาครั้งละประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 65.83 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.50 คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว คิดเป็นร้อยละ 56.10 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 88.10 ยังประกอบอาชีพอยู่ คิดเป็นร้อยละ 45.20 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 80.00 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และกระดูกเสื่อม

2. พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมและจำแนกตามรายด้าน (n = 42)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ			หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		
	X	SD	ระดับพฤติกรรม	X	SD	ระดับพฤติกรรม
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.82	.88	ปานกลาง	3.78	.77	สูง
2. ด้านกิจกรรมทางกาย	3.44	.85	ปานกลาง	4.08	.77	สูง

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง เข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

โดยรวมและจำแนกตามรายด้าน (n = 42)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ			หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		
	X	SD	ระดับพฤติกรรม	X	SD	ระดับพฤติกรรม
3. ด้านจิตวิญญาณ	3.73	.88	สูง	4.14	.70	สูง
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.84	.76	สูง	4.23	.65	สูง
5. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.61	.90	สูง	4.10	.68	สูง
6. ด้านโภชนาการ	3.63	.77	สูง	4.19	.62	สูง
โดยรวม	3.53	.66	สูง	4.10	.54	สูง

จากตาราง พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านกิจกรรมทางกาย ส่วนหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน

อยู่ในระดับสูง โดยทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากที่สุด และมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพน้อยที่สุด

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพ

โดยรวมและจำแนกตามรายด้าน (n = 42)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.82	.88	3.78	.77	12.41*
2. ด้านกิจกรรมทางกาย	3.44	.85	4.08	.77	8.08*
3. ด้านจิตวิญญาณ	3.73	.88	4.14	.70	4.95*
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.84	.76	4.23	.65	5.89*
5. ด้านการจัดการกับความเครียด	3.61	.90	4.10	.68	5.32*
6. ด้านโภชนาการ	3.63	.77	4.19	.62	6.48*
โดยรวม	3.53	.66	4.10	.54	10.59*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.59, p < .001$)

4. ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมี

ตาราง 3 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมและจำแนกตามรายการประเมิน (n = 42)

รายการประเมิน	X	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. การประชาสัมพันธ์โครงการและกิจกรรม	4.29	.74	สูง
2. สถานที่ทำกิจกรรม	4.52	.63	สูงมาก
3. การทำกิจกรรมต่างๆ ของทีมอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาล	4.50	.77	สูง
4. การตรวจสุขภาพเบื้องต้น	4.62	.54	สูงมาก
5. ความรู้ที่ได้รับแต่ละครั้ง	4.40	.73	สูง
6. กิจกรรมสมาธิบำบัด	4.43	.63	สูง
7. กิจกรรมบันเทิงเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต	4.50	.71	สูง
8. กิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น รำไทเก๊ก ซี่กง	4.41	.67	สูง
9. การอำนวยความสะดวกของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ	4.48	.71	สูง
10. อุปกรณ์ในการทำกิจกรรม	4.33	.72	สูง
11. อาหารว่างและอาหารกลางวัน	4.43	.70	สูง
โดยรวม	4.44	.52	สูง

ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($X = 4.44$, $SD = .52$) เมื่อจำแนกตามรายการประเมิน พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ อยู่ในระดับสูงเกือบทุกรายการประเมิน ยกเว้นรายการประเมิน “สถานที่ทำกิจกรรม” และ “การตรวจสุขภาพเบื้องต้น” ที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก ($X = 4.52$, $SD = .63$ และ $X = 4.62$, $SD = .54$ ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกตามรายด้าน

พบวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านกิจกรรมทางกายซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 65.83 ปี ซึ่งจัดว่าเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จึงมีการรวมกลุ่มกันและทำกิจกรรมด้านต่างๆ เป็นครั้งคราว รวมทั้งกิจกรรมด้านสุขภาพ จึงช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช แก้วเรือง และอันฟามร์ ศิริโต (2550) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรม

ดอกลำควน ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ โกศยทิพย์ (2552) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย โดยมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับ ปานกลาง นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทิตยวดี ศรีพนม (2551)⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษา การพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่ทราบวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง เน้นการรักษามากกว่าการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่าจากการศึกษาในพื้นที่ต่างๆ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีความแตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศซึ่งนำเสนอในรายงาน การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550 ระบุว่าแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในผู้สูงอายุดีขึ้น ในขณะที่การตรวจร่างกายประจำปีซึ่งบ่งบอกความสนใจและความเอาใจใส่สุขภาพ และเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพราะเป็นการตรวจเพื่อคัดกรองความผิดปกติหรือความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น ไม่ใช่เพื่อการรักษา ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ เพราะจากการสำรวจในปีพ.ศ. 2550 ยืนยันว่าผู้สูงอายุรับการตรวจร่างกายเพียงร้อยละ 45.00⁽⁹⁾ ในขณะที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุ

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณง แพนคง และสุนทรีย์ คำเพ็ง (2551)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพ

โดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหลังการร่วมกิจกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปานชีวา ณ หนองคาย (2551)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี พบว่าหลังการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุดังที่กล่าวมาแล้วนี้ อาจสรุปได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีศักยภาพและสามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้ อันจะส่งผลให้ลดโอกาสเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี เพราะสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในระยะสั้นหรือปานกลาง ดังนั้น เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน การจัดกิจกรรมสำหรับส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อ การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการพัฒนาบุคลากร ในหน่วยงานสาธารณสุข ควรนำสาระสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปบูรณาการกับการพัฒนาบุคลากร เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมแก่บุคลากร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่จะมีสัดส่วนมากขึ้น
ในชุมชนต่อไป

โลหิตสูง เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป

3. นำแนวคิดของโปรแกรมฯ ไปดำเนินการวิจัยกับกลุ่ม
ตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Population Fund ;UNFPA. **UNFPA annual report 2012** .United Nations Populati on Fund 605 Third Avenue New York, NY 10158 U.S.A.,2012
2. United Nation. **The Millennium Development Goals Report 2012**. New York: United Nations. 2012. Available from <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>.
3. Graeme Hugo. **The ageing of ethnic populations in South Australia**. East-West Population Institute, East-West Center. Australia, 2006
4. นันทา มาระเนตร์ และคณะ. **การรักษา**. ใน สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์ (บรรณาธิการ), **โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** (หน้า 307-325). กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย, 2552.
5. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554**. กรุงเทพมหานคร : พงษ์พานิชย์เจริญผล จำกัด, 2556.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **การศึกษาเพื่อเตรียมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 : ประชากรฐานและข้อสมมุติ**. โรงพิมพ์เค็อนตุลา.กรุงเทพมหานคร, 2556.
7. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย หรือชุมชน.**, 2548. (เอกสารอัดสำเนา).
8. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **อีก 12 ปี ค่ารักษาพยาบาลคนแก่พุ่งขึ้น 4 เท่า**. วันที่ค้นข้อมูล 20 กรกฎาคม 2554, เข้าถึงได้จาก <http://www.thaitgri.org/>
9. ชื่นตา วิชชาวุธ. **การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550**. วันที่ค้นข้อมูล 20 กรกฎาคม 2554, เข้าถึงได้จาก <http://www.thaitgri.org/>
10. ทิตยาวิดี ศรีพนม. **การพัฒนาบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
11. อรวรรณ แผลนกง และสุนทรีย์ คำเพ็ง. **ผลของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมของผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ**.รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, 2551.
12. ปานชีวา ณ หนองคาย. **การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2551.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่
ในเขตลำน้ำออน จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย

Prevalence and related factors for Opisthorchiasis of people living in Lam Nam Oon, Sakon Nakhon
Province, Thailand

เกษนรินทร์ ชมพู¹, ศรีวิภา ช่างไชยยะ^{2*}, นงค์ลักษณ์ เหลลาพร³, พรรณี บัญชรหัตถกิจ⁴,
รัฐพล ไกรกลาง⁴, ธนากร พรหมโนภาส², พัสกร องอาจ²
Ketnarin Shumput¹, Sriwipa Chuangchaiya², Nonglak Laoprom³, Pannee Banchonhattakit⁴,
Rattaphol Kraiklang⁴, Thanakorn Phromnophas², Passakorn Ongarj²

บทคัดย่อ

โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุข โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือของประเทศไทย จังหวัดสกลนครเป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับประกอบกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นการศึกษารังนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในบริเวณลำน้ำออน จังหวัดสกลนคร จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 248 คน กลุ่มตัวอย่างเก็บอุจจาระเพื่อตรวจการติดเชื้อปรสิตโดยใช้วิธี Kato's thick smear และได้เก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 12.9 ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 7.7 ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร่วมกับพยาธิอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 0.8 ผลการศึกษาพบประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (P -value < 0.05) อีกทั้งคนที่อาศัยอยู่ในลำน้ำออนยังรับประทานปลาน้ำจืดที่ไม่ได้มีการปรุงให้สุก เพราะฉะนั้นควรให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยชุมชนเองและจัดโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่นี้ต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก, โรคพยาธิใบไม้ตับ, ลำน้ำออน,

Abstract

Opisthorchiasis is a major health problem in the North and North east of Thailand. Sakon Nakhon province where is endemic area for *Opisthorchis viverrini* infection together with the association of Opisthorchiasis with Cholangiocarcinoma has been shown. Therefore, the objective of this study was to investigate the prevalence of *Opisthorchis viverrini* in Lam Nam Oon, Sakon Nakhon Province. Total 248 participants were enrolled in this study. The sample were collected of feces to examine the parasitic infection by using Kato's thick smear and the questionnaire were also collected for the knowledge, the attitude and the behavior of food consumption which related to Opisthorchiasis. The result has shown that 12.9% of participant was infected with helminthes infection and the highest of infection was infected with *Opisthorchis viverrini* (7.7%). The mixed infection of OV together with other species was 0.8%. The study showed the association between liver fluke infection and history of liver fluke infection at $p < 0.05$. The result suggests the habit and traditional of eating undercooked fish (cyprinoid fish) still exist. Therefore, the community participation together with intervention program should be implemented in this area.

Key words: Prevalance, Opisthorchiasis, Lam Nam Oon,

¹ นิสิตปริญญาโทคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

³ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

⁴ รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

⁴ อาจารย์ ภาควิชา โภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

*corresponding author: sriwipachuang@gmail.com

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในแถบเขตร้อนชื้น รวมไปถึงในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กัมพูชา และตอนใต้ของสาธารณรัฐเวียดนาม และ ประเทศไทย ปัจจุบันพบว่าโรคพยาธิใบไม้ตับนั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี⁽¹⁾ จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่ การเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

อุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 8 ล้านคนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ⁽²⁾ นอกจากนี้พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับเฉื่อยปีละ 14,000 ราย คิดเป็น 38 รายในแต่ละวัน⁽³⁾ และพบพยาธิใบไม้ตับระบาดมากที่สุด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุกร้อยละ 9.2 ภาคเหนือพบความชุกร้อยละ 5.2 และภาคกลางพบความชุกร้อยละ 0.9 ตามลำดับ ส่วนภาคใต้พบได้น้อยมาก โรคพยาธิใบไม้ตับที่พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น พบว่าจังหวัดที่มีการระบาดสูงสุด คือ จังหวัดขอนแก่น⁽⁴⁾ จากสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ.2539, พ.ศ.2552 และ พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคเฉื่อยร้อยละ 11.8, 8.7 และ 5.1 ตามลำดับ จากรายงานความชุกพยาธิใบไม้ตับเขตสุขภาพที่ 8 เฉื่อยร้อยละ 27.10 จังหวัดที่มีความชุกสูงที่สุดคือ นครพนม ร้อยละ 40.94 รองลงมาคือ สกลนคร ร้อยละ 27.85⁽⁵⁾ จังหวัดสกลนครพบความชุกโรคหนองพยาธิ ปี 2553 - 2558 ร้อยละ 7.14, 7.54, 7.55, 10.65, 11.72, และ 11.23 ตามลำดับ และปี 2554 - 2558 และพบว่า สถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สังเกตเห็นถึงปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับที่จะนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายด้านสุขภาพอนามัย จึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อประเมินความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ

ประชาชนในพื้นที่ไม่ให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่จะนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่ชุ่มน้ำลำน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ได้แก่ อำเภอโนนน้ำอูนและอำเภวาริชภูมิ ซึ่งในพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีการศึกษาและมีรายงานก่อนหน้านี้ว่าพื้นที่ที่อาศัยใกล้แหล่งน้ำเกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าพื้นที่ห่างไกลแหล่งน้ำ⁽⁶⁾ และเนื่องจากประชาชนมีการใช้น้ำจากแหล่งน้ำในอุปโภคบริโภค อาจมีพฤติกรรมบริโภคปลาที่จืดเกล็ดขาวดิบ ๆ หรือสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ประชาชนมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม อาจจะถ่ายอุจจาระในป่าหรือทุ่งนา⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงการมีสุนัขและแมวที่ประชาชนเลี้ยงดู อาจส่งผลกระทบต่อภาวะระบาดของเชื้อหนองพยาธิและโรคพยาธิใบไม้ตับได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่ลำน้ำอูน จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่ลำน้ำอูน จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่ลำน้ำอูน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) โดยศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อตรวจหาความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธี Kato's thick smear technique และการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่ลำน้ำอูน จังหวัดสกลนคร โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม 2560 ถึงเดือนมิถุนายน 2560

ประชากรตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 18 - 60 ปี ที่อาศัยรอบพื้นที่ลำน้ำอูน จังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาตามลักษณะภูมิประเทศและเขตการปกครองของจังหวัดสกลนคร แบ่งออกเป็น 2 อำเภอ โดยรอบลำน้ำอูน ได้แก่ อำเภอนิคมน้ำอูนและอำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร สุ่มเลือกตำบล อำเภอละ 1 ตำบล สุ่มเพื่อเลือกหมู่บ้าน จากตำบลละ 1 หมู่บ้าน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อประชากรในหมู่บ้านที่สุ่มได้ โดยทุกขั้นใช้การสุ่มด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple Random Sampling) จำนวน 248 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่ใบรับรอง SWDCPH 2017 – 009 ผู้วิจัยได้ชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่ออาสาสมัครตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 18 - 60 ปี จำนวน 17,326 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁽⁸⁾ คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$n_p = \frac{NZ^2 \alpha / 2 p(1-p)}{(N-1)e^2 + Z^2 \alpha / 2 p(1-p)}$$

$$n_p = 223.88 \cong 224 \text{ คน}$$

แต่เพื่อป้องกันผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Drop out) จึงได้คำนวณปรับเปลี่ยนขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 ดังนั้น ในการศึกษานี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 248 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป เป็นเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 – 60 ปี สมัครใจตลอดระยะเวลาในการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) เสียชีวิต ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอลถอนตัวระหว่างเข้าร่วมวิจัย อาศัยอยู่นอกพื้นที่การศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจอุจจาระ เพื่อประเมินความชุก ตรวจด้วยวิธี Kato's thick smear technique และแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้⁽⁹⁾ เช่น

คะแนน 13 – 19 คะแนน หมายถึง มีความรู้มาก

คะแนน 7 – 12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

คะแนน 1 – 6 คะแนน หมายถึง มีความรู้น้อย

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์เฉลี่ยวัดทัศนคติ⁽¹⁰⁾

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้เกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ⁽¹¹⁾

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่ามีค่าเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ข้อมูลความรู้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ใช้สถิติวิเคราะห์ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) และการหาความสัมพันธ์ใช้ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52 พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคนในเพศชายร้อยละ 68.4 อายุเฉลี่ย 48 ปี (Mean=48.20, S.D.=9.45, Min=19, Max=60) พบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มอายุ 51 ปีขึ้นไปร้อยละ 52.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษาติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 68.4 สถานภาพที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือสถานะคู้อยู่ร้อยละ 84.2 ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 84.2 และส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 68.4 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดสุกๆดิบๆ ร้อยละ 71.4 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 91.9 มีประวัติการตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับพบว่าเคยตรวจร้อยละ 53.6 และในกรณีที่เคยตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 24.8 ไม่พบร้อยละ 75.2 มีประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับพบว่า มีหลายท่านที่ไม่เคยรับประทานร้อยละ 57.3 มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ดื่มร้อยละ 50.4 มีประวัติการรอบครัวที่เป็นญาติสายตรงมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและโรคมาเรียมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 5.2 และร้อยละ 4.0 ตามลำดับ ยังพบว่าครอบครัวมีสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งรังโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 57.7 ได้แก่ สุนัข ร้อยละ 88.1 และแมว ร้อยละ 11.9 กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 82.7 แหล่งข่าวสารที่เป็นมนุษย์ เช่น อสม. ร้อยละ 66.1 แหล่งข่าวสารที่เป็นสื่อ เช่น หอกระจายข่าว ร้อยละ 37.9 และขณะออกไปทำนา ทำสวน หรือหาปลา มีประวัติการถ่ายอุจจาระตามป่าทุ่งนาหรือสวนมากถึง ร้อยละ 85.5 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างพบว่าปลาที่ชอบรับประทานสุกๆดิบๆ คือ ปลาช่อนหรือปลากุหลาบร้อยละ 42.3 รองลงมาคือ ปลากระสูบจืดร้อยละ 39.9 ส่วนปลาที่กินดิบหรือสุกๆดิบๆ น้อยที่สุดคือ ปลากระแห ร้อยละ 2.4

จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิที่ตรวจพบในพื้นที่ลุ่มน้ำจืด จังหวัดสกลนคร พบว่ามีจำนวนการติดเชื้อหนอนพยาธิภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 12.9 มีการติดเชื้อหนอนพยาธิจำนวนทั้งหมด 5 ชนิด หนอนพยาธิที่ตรวจพบมากที่สุดคือ พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ร้อยละ 7.7 พยาธิตัวตืด (*Taenia* spp.) ร้อยละ 2.0 พยาธิปากขอ (Hookworm) ร้อยละ 1.2 และพยาธิเข็มหมุด (*Enterobius vermicularis*) ร้อยละ 1.2 พยาธิสตรองจิลรอยคิส สเตอร์โคราลิส (*Strongyloides stercoralis*) ร้อยละ 0.8 และพบว่ามีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พยาธิอื่นๆ และการติดเชื้อมากกว่า 2 ชนิดในประชาชนที่อาศัยอยู่ติดพื้นที่ลุ่มน้ำจืดและน้ำหนองหาร จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดร้อยละ 7.7 พยาธิชนิดอื่นๆ ร้อยละ 5.2 และยังพบว่ามีการติดเชื้อชนิดผสมร้อยละ 2.0 และพบว่ามีการติดเชื้อปรสิตผสมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป พบการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* และ Hookworm ร้อยละ 0.8, *Opisthorchis viverrini* และ *Taenia* spp., *Opisthorchis viverrini* และ *Strongyloides stercoralis*, *Opisthorchis viverrini* และ *Enterobius vermicularis*, *Opisthorchis viverrini* และ *Enterobius vermicularis* และ Hookworm ทั้งหมดพบร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.8 คะแนน มีคะแนนความรู้ต่ำสุด 4 คะแนนความรู้สูงสุด 19 คะแนน

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนทัศนคติเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.5 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่ำสุด 33.0 คะแนนทัศนคติเฉลี่ยสูงสุด 57.5 คะแนน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.5

คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่ำสุด 20.0 คะแนนทัศนคติเฉลี่ยสูงสุด 60.0 คะแนน

ผลการศึกษานี้บ่งชี้ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่ลำน้ำอุบลจังหวัดสกลนคร พบว่า ค่า p ที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 0.067 มีค่าน้อยกว่า $\alpha = .05$ ตกในอาณาเขตวิกฤต สรุปว่าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โอกาสที่ประวัตการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของครอบครัวมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาและส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม และผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จากการศึกษาที่สอดคล้องการศึกษาของ สรรญา แก้วพิบูลย์ (2556)⁽¹²⁾ ที่รายงานว่ารระดับการศึกษาและอาชีพมีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่ามีการมีประวัติการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 42.7 เพราะคิดว่าเมื่อกินอาหารสุกๆดิบๆแล้วกินยาถ่ายพยาธิในภายหลังช่วยป้องกันโรคพยาธิได้ซึ่งเข้าใจไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อังษณา ขสปีญญาและคณะ (2556)⁽¹³⁾ ที่รายงานว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่องการกินยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคและรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับว่าสามารถรับประทานได้บ่อยๆ ไม่เป็นผลเสียต่อร่างกาย ร้อยละ 64.70 และ 56.1 และกลุ่มตัวอย่างมีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 52 ครอบครัวมีสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งรังโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 61.3 ได้แก่อูฐ ร้อยละ 83.7 และแมว ร้อยละ 9.8 แหล่งข่าวสารที่เป็นสื่อเป็นมนุษย์ เช่น อสม ร้อยละ 63.3 แหล่งข่าวสารที่เป็นสื่อ เช่น โทรทัศน์ ร้อยละ 35.3 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สรรญา แก้วพิบูลย์ (2556)⁽¹²⁾ ที่รายงานว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนสื่อสารมวลชนสิ่งพิมพ์ที่เป็นแหล่งข้อมูลคือ โทรทัศน์และ

หอกระจายข่าว และขณะออกไปทำนา ทำสวน หรือหาปลา มีประวัติการถ่ายอุจจาระตามป่าทุ่งนาหรือสวนมากถึงร้อยละ 88 ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่าปลาที่ชอบรับประทานสุกๆดิบๆ คือ ปลาช่อนหรือปลาคูหลาม รองลงมาคือ ปลากระสูบจุด ส่วนปลาที่กินดิบหรือสุกๆดิบๆ น้อยที่สุดคือปลากระแห ซึ่งสอดคล้องกับ เกสร แถว โนนจิว (2559)⁽⁶⁾ ที่รายงานว่าอาหารที่ประกอบจากปลาน้ำจืดมีเกร็ดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ความชุกการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิ พบว่ามีจำนวนการติดเชื้อหนอนพยาธิภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 12.9 ซึ่งน้อยกว่า⁽⁴⁾ ที่พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 14.89 ในพื้นที่เสี่ยงเขตสุขภาพที่ 7 และยังพบน้อยกว่า⁽⁶⁾ ที่พบอัตราชุกพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ร้อยละ 14.3 ผลการวิจัยครั้งนี้มีการติดเชื้อหนอนพยาธิจำนวนทั้งหมด 5 ชนิด ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด หนอนพยาธิที่ตรวจพบมากที่สุดคือ พยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ร้อยละ 7.7 พยาธิตัวดี (*Taenia* spp.) ร้อยละ 2.0 พยาธิปากขอ (Hookworm) ร้อยละ 1.2 พยาธิเข็มหมุด (*Enterobius vermicularis*) ร้อยละ 1.2 และพยาธิสตรองจิริยดิส สเตอริโคราลิส (*Strongyloides stercoralis*) ร้อยละ 0.8 และมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พยาธิอื่นๆ และการติดเชื้อมากกว่า 2 ชนิด ซึ่งมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดร้อยละ 7.7 พยาธิชนิดอื่นๆ ร้อยละ 5.2 และมีการติดเชื้อชนิดผสมร้อยละ 2.0 และอัตราการติดเชื้อปรสิตผสมตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปพบการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* และ Hookworm ร้อยละ 0.8, *Opisthorchis viverrini* และ *Taenia* spp., *Opisthorchis viverrini* และ *Strongyloides stercoralis*, *Opisthorchis viverrini* และ *Enterobius vermicularis*, *Opisthorchis viverrini* และ *Enterobius vermicularis* และ Hookworm ร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.8 คะแนน มีคะแนนความรู้ต่ำสุด 4 คะแนนความรู้สูงสุด 19 คะแนน และมีความรู้มากในข้อคำถามเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับมีอยู่ในปลาน้ำจืดมีเกล็ดเช่น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ปลาทราย ปลาตะเพียนทราย ปลาสูตร ตอบถูกร้อยละ 79.2 ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ประชาชนมีความรู้ว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดต่อสามารถป้องกันได้ รองลงมาคือโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคติดต่อไม่สามารถป้องกันได้ ตอบถูกร้อยละ 71.6 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มเป้าหมายตอบผิดมากที่สุดคือวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดคือการกินยาถ่ายพยาธิ ร้อยละ 38.4 สอดคล้องกับงานวิจัยของ⁽¹⁴⁾ ที่ว่าวิธีป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดคือการกินยารักษาคิดเป็น ร้อยละ 38.0 และยังมีประชาชนเข้าใจถูกต้องว่าไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระก่อนกินยาถ่ายพยาธิเพราะเป็นยาที่ปลอดภัยตอบถูกเกินครึ่งที่ร้อยละ 59.6 และกลุ่มตัวอย่างยังทราบว่ากรดไขมันโอเมก้า 3 มีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 69.2 ขัดแย้งกับการศึกษาของวนิดา โชควาณิชพงษ์และคณะ (2552)⁽¹⁵⁾ ที่ว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนั้นเป็นสาเหตุให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีร้อยละ 19.9 แสดงว่าประชาชนเริ่มมีความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนทัศนคติเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.80 (S.D.=1.24) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีมากที่สุด คือ การกินอาหารพวกเนื้อปลาดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ ไม่ได้ทำให้ร่างกายแข็งแรง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 รองลงมาคือ การประกอบอาหารจำพวกปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ด้วยการบีบมะนาวหรือใส่ไข่มดแดงจะทำให้พยาธิตายได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 แต่มีบางรายที่ยังเข้าใจผิดว่าการรับประทานปลาตัวเล็กๆ แบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาชิว ไม่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 1.16 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเรื่องการประกอบอาหารจำพวกปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ด้วยการบีบมะนาวหรือใส่ไข่มดแดงจะทำให้พยาธิตายได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 และคนที่เคยกินปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ปรุงให้สุก มีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับทุกคน ค่าเฉลี่ย 3.83 สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา โชควาณิชพงษ์และคณะ (2552)⁽¹⁵⁾ ที่ไม่เห็นด้วยกับความเชื่อที่ว่าการกินปลาดิบด้วยการบีบมะนาวหรือใส่ไข่มดแดงจะทำให้เชื้อพยาธิตายได้ ร้อยละ 74.7 และคนที่เคยกินปลาน้ำ

จืดที่ไม่ได้ปรุงให้สุกด้วยความร้อนมีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับทุกคนและส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าพฤติกรรมในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.05 พฤติกรรมการบริโภคที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การกินปลาแบบสุกๆ ดิบๆ แล้วค่อยกินยาถ่ายพยาธิในภายหลัง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 ซึ่งประชาชนมีแนวโน้มดีขึ้นเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวก แต่บางรายยังมีพฤติกรรมกินส้มตำใส่ปลาร้าดิบที่ยังปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.80 จากการศึกษาสอบถามกลุ่มตัวอย่างบางรายยังซื้อยาถ่ายพยาธิมากินเอง โดยไม่ได้มีการตรวจอุจจาระก่อน พฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้ประชาชนยังเจ็บป่วยซ้ำซากและเป็นพฤติกรรมที่ทำให้มีการแพร่ของเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างบางรายยังคงเข้าใจผิดว่าการกินแบบสุกๆ ดิบๆ แล้วกินยาฆ่าพยาธิในภายหลัง สามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้แต่บางรายยังเข้าใจผิดว่าบีบมะนาวหรือใส่พริกสดหรือใส่ผัดแดงในอาหารปลาดิบเพื่อทำให้พยาธิตายก่อนกิน ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับถูกต้องจะทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้นซึ่ง Kurt Lewin cited อ้างใน Becker (1974)⁽¹⁶⁾ เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้ในสิ่งทีตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและหนีห่างจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียแก่ตนเองได้

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่ลำน้ำอุบลจังหวัดสกลนคร พบว่า ค่า p ที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 0.067 มีค่าน้อยกว่า $\alpha = .05$ ตกในอาณาเขตวิกฤต สรุปว่าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โอกาสที่ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของครอบครัวมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือไม่มีติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการรายงานการศึกษาของ Kaewpitoon และคณะ (2007)⁽¹²⁾ ที่พบว่าครอบครัวเดียวกันระดับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นเพื่อลดการติดเชื้อโดยเฉพาะการปฏิบัติเกี่ยวกับการไม่ทิ้งเศษอาหารที่ปรุงอาหารจำพวกปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาว

ลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ซึ่งอาจจะเกิดการปนเปื้อนแพร่กระจายต่อสัตว์รังโรค พวกลูกสุนัข แมว และนำไปสู่การกระจายของโรคต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มี

นำองค์ความรู้ใหม่ๆ มาร่วมกันรณรงค์ และเผยแพร่ข้อมูล เช่น การเขียนบทความ สิ่งตีพิมพ์ สื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไปได้รับความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการบริโภคอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคหนอนพยาธิชนิดอื่น

2. สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพัฒนาด้านการบริหารด้านวิชาการ และนำมาเฝ้าระวังการติดเชื้อหนอนพยาธิและติดตามการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนและเพื่อวางแผนกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการให้ความรู้สำหรับประชาชนในเรื่องการป้องกันโรคหนอนพยาธิ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มในวัยเด็กและในกลุ่มที่พบในผู้ปกครองเพื่อตรวจหาความชุกของโรคหนอนพยาธิในประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมของชนเผ่าต่อการป้องกันโรคหนอนพยาธิ เช่น เผ่ากูไท เผ่าโล่ ในจังหวัดสกลนคร

3. ควรมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในหมู่บ้าน ครอบครัวยุโรป โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคหนอนพยาธิในชุมชนอย่างยั่งยืน ตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากกลุ่มจังหวัดสกลนคร และ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ นิคมน้ำออน และอำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร ผู้เกี่ยวข้องประจำโรงพยาบาลนิคมน้ำออนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงคำโพธิ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบคุณนักวิทยาศาสตร์ประจำห้องปฏิบัติการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และนิติศาสตร์ปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พวงรัตน์ ขวณิษฐ์และสมชาย ปิ่นล่อ. “กลไกการก่อมะเร็งท่อน้ำดีโดยอนุมูลอิสระจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ”. ศรีนครินทร์เวชสาร. : 2548, 150-154.
2. B. Sripa et al. “Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos”. Acta Tropica. 120 (suppl) : 2011,158-168.
3. พรชิตรา ชูสอน. “มะเร็งท่อน้ำดีโรคร้ายที่คร่าชีวิตคนอีสานอันดับ 1”. วารสารโครงการ CASCAP. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 : 2558 ,12-13.
4. อรรพรรณ แจ่มจันทร์และคณะ. “ความชุกของโรคหนอนพยาธิและพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงเขตสุขภาพที่ 7”. วารสารควบคุมโรค. ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 2559 : 2559 , 36-43.
5. ฉัญจวิมล แก้วพิบูลย์. “หนอนพยาธิในลำไส้ในประชาชนบ้านทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี”. วารสารวิชาการ มอช. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 : 2553 , 29-37.
6. เกษร แถวโนนจิวและคณะ. “อุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 25 ฉบับที่ 3: 2559 , 1-10.
7. ศิวัญญ์ ทองนาเมืองและรุจิรา ดวงสงค์. “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียนประถมศึกษาอำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด”. วารสารวิจัย มช. (บศ.). ฉบับที่ 12 2555 : 2554 , 80-91.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

8. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติในงานวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด. กรุงเทพฯ, 2556.
9. ชูศรี วงศ์รัตน์. “เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย”. พิมพ์ครั้งที่ 8. เทพเนรมิตการพิมพ์, กรุงเทพฯ. 2541.
10. Best, J.W. “Research In Education”. 2nd ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. 1970.
11. Bloom, B.S. “Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning”. McGraw-Hill, New York. 1971.
12. สรญา แก้วพิบูลย์. การตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดสุรินทร์โดยวิธี Kato’ Thick Smear. สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน. สำนักวิชาแพทยศาสตร์. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2556.
13. อังษณา ศกปัญญาและคณะ. “ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556”. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 2558 : 2558 , 89-97.
14. เนรศ มณีเทศ. “พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตตำบลคำตากล้า อำเภอดำรงวิทยารัษฏานุสรณ์”. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 2558 : 2558 , 57-64.
15. วนิตา โชควาณิชย์พงษ์และคณะ. “การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี”. วารสารโรคมะเร็ง. ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 : 2552 , 162-175.
16. Becker MH. **The health model and rick behavior.** The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles, B. Slack.. 1974.

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9

A MANAGERIAL COMPETENCY DEVELOPMENT MODEL OF DIRECTORS IN THE SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTION HOSPITALS, HEALTH SERVICE AREA 9th

ลาวรรณ ตั้งอำพรทิพย์¹, ศักดิ์ชัย ภู่อริณ², นฤมล ศักดิ์ปกรณกันต์³, ทองทิพย์ สละวงษ์ถวัลย์⁴

LAVUN THANGAMPORNTHIP¹, SAKCHAI PHUCHAROEN², NARUMON SAKPAKORNKAN³, TONGTIP SALAWONGLUK⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 2) เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 3) เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 และ 4) เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 285 คน ใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) สมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การมีสภาวะผู้นำ การมีวิสัยทัศน์ การวางกลยุทธ์ภาครัฐ การมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน การควบคุมตนเอง การสอนงานและการมอบหมายงาน การเรียงลำดับความสำคัญในการใช้สมรรถนะด้านการบริหารงาน 6 ด้าน ผลการเรียงไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2) ผลการศึกษาระดับสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ระดับสมรรถนะที่ปฏิบัติ ทั้ง 6 ด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก 3) รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 มี 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แนวคิดและหลักการของรูปแบบ ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ส่วนที่ 3 สมรรถนะด้านการบริหารงานที่ต้องพัฒนา ส่วนที่ 4 ขั้นตอนการพัฒนาสมรรถนะ และส่วนที่ 5 เงื่อนไขในการนำรูปแบบไปใช้ 4) ผลการประเมินผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันว่าโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ คำอธิบายรูปแบบ และคู่มือการพัฒนา มีความเหมาะสมและมีความถูกต้องในการสร้างรูปแบบ สามารถนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ได้จริง ผลการประเมินคู่มือการพัฒนา (6 M's MCSDM) โดยผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พบว่า ในภาพรวมคู่มือการพัฒนา มีความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด 3 หน่วย คือ การวางกลยุทธ์ภาครัฐ ($\bar{X} = 3.51, S.D. = 0.17$) การมีวิสัยทัศน์ ($\bar{X} = 4.53, S.D. = 0.31$) และการมีสภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 4.62, S.D. = 0.12$) มีความเป็นประโยชน์ อยู่ระดับมากที่สุด 4 หน่วย คือ การวางกลยุทธ์ภาครัฐ ($\bar{X} = 4.53, S.D. = 0.15$) การมีวิสัยทัศน์ ($\bar{X} = 4.50, S.D. = 0.26$) การมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน ($\bar{X} = 4.53, S.D. = 0.14$) และ การมีสภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 4.55, S.D. = 0.13$)

คำสำคัญ : รูปแบบการพัฒนา สมรรถนะด้านการบริหารงาน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The objectives of the study were 1) to study the managerial competency of directors in the Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Service Area 9th, 2) to study the level of managerial competency of directors in the Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Service Area 9th 3) to develop a model of managerial competencies of directors in the Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Service Area 9th, and 4) to assess the managerial competency developed model of directors in the Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Service Area 9th The sample was consisted of 285 directors in the Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Service Area 9th.

¹ นิสิตหลักสูตร ปรัชญาคุณภูมิบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² อาจารย์ คณะครุศาสตร์ สาขาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

³ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ สาขาสถิติประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁴ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

This study used a 5 rating questionnaire as a tool for data collection. The data were analyzed by using statistical program to compute : frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The major findings were: 1) The study of managerial competency of directors based on structured interview, which were categorized into 6 aspects : leadership, visioning, strategy orientation, change leadership, self control and coaching empowering others. 2) The study of managerial competency of directors in the Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Service Area 9th, based on their opinions, showed that overall the directors' had a high level in all 6 aspects. 3) The model of managerial competency of director in Sub-district Health Promotion Hospitals, Health Service Area 9th was developed for self learning and developing with 5 underlying components consisting of part 1 concepts and principles of the model, part 2 objectives of the model, part 3 managerial competency to be developed , part 4 development steps, and Part 5 conditional implementation. 4) The assessment results showed that the developed model with 5 underlying components and The 6 M's MCSDM had the propriety and accuracy. 5) After the implementation of the developed model 6 M's MCSDM to the study experimental group, the assessment results showed that the development model had feasibility at the highest level in 3 aspects ; leadership ($\bar{X} = 4.62, S.D. = 0.12$), strategy orientation ($\bar{X} = 4.51, S.D. = 0.17$) and visioning ($\bar{X} = 4.53, S.D. = 0.31$). The highest level of utility were assessed in 4 aspects : leadership ($\bar{X} = 4.55, S.D. = 0.13$), strategic orientation ($\bar{X} = 4.53, S.D. = 0.15$), change leadership ($\bar{X} = 4.53, S.D. = 0.14$) and visioning ($\bar{X} = 4.50, S.D. = 0.26$).

Keywords : 1. The development model 2. Competency Management 3. Director of the Health Promoting Hospital District.

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 ส่วนที่ 9 กล่าวถึง สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข และสวัสดิการจากรัฐ ตามมาตรา 5 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาค ในการรับบริการทางการแพทย์สาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์⁽¹⁾

การพัฒนาให้มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพให้มีผลงานที่มีประสิทธิภาพที่สามารถพัฒนาให้เพิ่มพูนได้ทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ และเจตคติ จัดให้มีระบบการประเมินการพัฒนาความสามารถของบุคลากรเป็นระยะๆ ให้มีความสามารถหรือสมรรถนะเพิ่มขึ้น สนับสนุนให้ผู้มีขีดความสามารถสูงได้ก้าวไปสู่ตำแหน่งใหม่ ที่ต้องใช้ความสามารถสูงขึ้นไป ดังนั้น องค์กรจะต้องจัดระบบทะเบียนบุคลากรให้เป็นปัจจุบันและสามารถตรวจสอบความก้าวหน้าได้เป็นรายบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรได้มีการปฏิบัติงานเกิดประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพของการบริการ อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ดังที่กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพและความสมา

รดิเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ ถ้าหากมีแรงจูงใจ โดยการปฏิบัติงานตามความรู้ตามคุณลักษณะของตนเอง รวมถึงมีความก้าวหน้าไปสู่ตำแหน่งใหม่⁽²⁾ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้บุคคลได้ปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดในเชิงบวกต่อการปฏิบัติงาน ต่อหน้าที่รับผิดชอบและเพื่อนร่วมงาน รวมถึงเกิดความรักความสามัคคีมีความผูกพันดังจะเห็นได้จากความพยายามทุ่มเทอย่างเต็มใจในการปฏิบัติงาน ความขยันหมั่นเพียร ความรับผิดชอบและความเอาใจใส่ในงาน พร้อมด้วยจิตใจที่ซื่อสัตย์ และภักดีต่อองค์กร งานจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กรที่กำหนดไว้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾

การบริหารงานด้านการสาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการปรับตัวเข้ากับสังคมสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีสมรรถนะในการบริหารมีความรับผิดชอบ มีศาสตร์มีศิลป์ในการบริหารการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายตามกำหนดไว้⁽⁴⁾ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้กำหนดให้ผู้ปฏิบัติด้านการบริหารจะต้องมีสมรรถนะด้านการบริหาร 6 ด้าน คือ 1) การมีสถานะผู้นำ 2) การมีวิสัยทัศน์ 3) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ 4) การมีศักยภาพเพื่อการปรับเปลี่ยน 5) การควบคุมตนเอง และ 6) การสอนงานและการมอบหมายงาน การกำหนด

สมรรถนะของข้าราชการเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนซึ่งมีบทบาทในการกำหนดคุณลักษณะขีดความสามารถหรือสมรรถนะของข้าราชการไว้ตามตำแหน่งการกำหนด สมรรถนะออกตามงาน เป็นกลุ่มงานในระบบราชการพลเรือนไทย ได้แบ่งออกเป็น สิบแปด กลุ่มงาน รวมถึงวิธีการประเมิน เพื่อนำมาใช้ในราชการพลเรือน ไว้เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547

ข้าราชการไว้ตามตำแหน่งการกำหนด สมรรถนะออกตามงาน เป็นกลุ่มงานในระบบราชการพลเรือนไทย ได้แบ่งออกเป็น สิบแปด กลุ่มงาน รวมถึงวิธีการประเมิน เพื่อนำมาใช้ในราชการพลเรือน ไว้เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2547 และสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในฐานะเลขานุการจะติดตาม กำกับ ดูแล และประเมินผลการบริหารทรัพยากรบุคคลของข้าราชการพลเรือน เพื่อรักษาความเป็นธรรมและมาตรฐานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล ตามมาตรา 8 (7) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน. 2551⁽⁵⁾ ยกเว้นตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ได้กำหนดสมรรถนะเฉพาะตำแหน่ง การเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรที่ถูกแต่งตั้งให้เป็นผู้บริหารเป็นผู้มีคุณวุฒิตามสายงานวิชาชีพ ที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนกำหนดสมรรถนะไว้ เมื่อถูกแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุข ให้ถือว่าเป็นผู้บริหารระดับต้น ที่มีบทบาทสำคัญในการนำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด ลักษณะงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความแตกต่างจากปฏิบัติ ซึ่งต้องทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร⁽⁶⁾

จากความสำคัญของการพัฒนาความเป็นผู้บริหารของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 โดยการศึกษาแนวคิด หลักการของสมรรถนะด้านการบริหารงานที่เป็นจริงของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับสมรรถนะและระดับความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล และสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสามารถนำไปพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงาน ในบริบทของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการพัฒนาสมรรถนะเป็นกลวิธีหนึ่งซึ่งส่งผลให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแนวทางในการบริหารจัดการขีดความสามารถให้ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด ตามวัตถุประสงค์ของงาน และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะเป็นแนวทางนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานและด้านอื่นๆของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 แล้วจัดเป็นข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีสมรรถนะการบริหารราชการตามแนวทางการปฏิรูประบบราชการในปัจจุบัน ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ แผนยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ขององค์กรทุกระดับต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9
3. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9
4. เพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9

วิธีการวิจัย

1. การศึกษาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ประชากร ประชากรที่ใช้ศึกษารอบแนวคิดของการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงาน คือ สาธารณสุขอำเภอ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอที่
ประกวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนะเลิศอันดับที่ 1,
2 และ 3 ของจังหวัดนครราชสีมา ในปี 2558 จำนวน 3 แห่ง
จำนวน 6 คน⁽⁷⁾ กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายเป็นการเลือกแบบ
เจาะจง ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 3 คน
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน
ในอำเภอที่ประกวด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชนะเลิศ
อันดับที่ 1, 2 และ 3 ของจังหวัดนครราชสีมา ในปี 2558
จำนวน 3 แห่ง รวมจำนวน 6 คน⁽⁷⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัย
ศึกษาแนวทางในการสัมภาษณ์จากเอกสาร และงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องกับ กรอบแนวคิดของรูปแบบ การพัฒนารูปแบบ การ
พัฒนาสมรรถนะ และสมรรถนะด้านการบริหารงานของ
ข้าราชการพลเรือน 6 ด้าน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการใช้สร้าง
แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์แบบมี
โครงสร้าง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ
ความครอบคลุมของประเด็นเนื้อหาของเครื่องมือ และนำแบบ
สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เดินทางไปขอสัมภาษณ์ พร้อม
บันทึกเสียงและภาพ จนครบกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล จากผลการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้วิจัย
สรุปและประมวลข้อมูล สรุปเป็นความเรียง

2. การศึกษาระดับสมรรถนะด้านการบริหารงานของ
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสุขภาพที่ 9
ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน
1,046 แห่ง จำนวน 1,046 คน แบ่งเป็น จังหวัดนครราชสีมา
จำนวน 384 คน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 246 คน จังหวัด
สุรินทร์ จำนวน 230 คน และจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 186 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 285 คน ซึ่งได้จากการกำหนด
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and
Morgan (1970)⁽⁸⁾ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอาศัยทฤษฎีความ
น่าจะเป็น โดยการสุ่มตามระดับชั้นภูมิ (Stratified random
sampling) โดยการแบ่งประชากรออกเป็นกลุ่มๆตามจังหวัด

แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแต่ละจังหวัดอย่างเป็นสัดส่วน จากนั้น
เลือกตัวอย่าง โดยโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random
sampling)⁽⁹⁾ ในจำนวนแต่ละจังหวัด จนครบตามจำนวน
เป้าหมาย จำนวนเป็นรายจังหวัด ดังนี้ จังหวัดนครราชสีมา ได้
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 104 คน บุรีรัมย์ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน
67 คน สุรินทร์ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 63 คน และชัยภูมิได้
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น
แบบสอบถามมี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่
2 ระดับการปฏิบัติตามสมรรถนะด้านการบริหารงานของ
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ โดย
ให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาถึงระดับพฤติกรรมปฏิบัติ
ตามสมรรถนะด้านการบริหารงานอยู่ในระดับใด และลำดับ
ความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมปฏิบัติ ตามสมรรถนะ
ด้านการบริหารงานจาก 1 - 6 ด้าน นำแบบสอบถามไปให้
ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบพิจารณาความเที่ยงตรงเชิง
เนื้อหา (Content validity) จากนั้นนำผลการตรวจประเมิน
เครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง
ข้อคำถาม กับระดับสมรรถนะและลำดับความต้องการพัฒนา
สมรรถนะ (Item-objective congruence index : IOC) โดยการหา
ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ มีค่า เท่ากับ 0.66 -1.00 จึงจะถือ
ว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับระดับ
การปฏิบัติตามสมรรถนะ และ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้
(Try out) กับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน
จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน เมื่อ
ได้แบบสอบถามจากการทดลองใช้ครบถ้วนตรวจสอบความ
ถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว นำมาหาค่าความเชื่อมั่น
(Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยการหาค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีการของ
Cronbach⁽¹¹⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามลำดับดังนี้
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมหนังสือขออนุญาตตอบ
แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ พร้อมซองและติดแสตมป์
พร้อมการตอบกลับทางไปรษณีย์ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม
หลังจากนั้นถ้าแบบสอบถามยังไม่ส่งกลับตามเวลาที่กำหนด

ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม หรือเดินทางไปขอรับแบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้ นำข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 1 นำมาแจกแจงความถี่ แต่ละรายการเพื่อวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 2 นำไปดำเนินการ ดังนี้ นำแบบสอบถามไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนนโดยกำหนดค่าน้ำหนัก เป็น 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ มากที่สุด
- 4 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ มาก
- 3 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ ปานกลาง
- 2 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ น้อย
- 1 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ น้อยที่สุด

เมื่อตรวจให้คะแนนแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

- 4.50 – 5.00 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ มากที่สุด
- 3.50 – 4.49 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ มาก
- 2.50 – 3.49 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ ปานกลาง
- 1.50 – 2.49 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ น้อย
- 1.00 – 1.49 หมายถึง การปฏิบัติตามสมรรถนะ อยู่ระดับ น้อยที่สุด

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ตามลำดับ ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพโดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนที่ 2 ระดับการปฏิบัติตามสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการคำนวณหาค่าร้อยละของความต้องการ

พัฒนาจำแนกเป็นรายด้าน นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาจัดเรียงลำดับ เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจ และพิจารณาเป็นตัวแปรหรือประเด็นใช้ประกอบการสร้างรูปแบบ

3. การสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 โดยการยกกร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 มีวิธีดำเนินการ คือ ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยเกี่ยวกับการสร้างรูปแบบ ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีรูปแบบ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ วิธีพัฒนาบุคลากร การพัฒนาสมรรถนะ และนำ ผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 2 ของส่วนที่ 2 ผลการศึกษาระดับสมรรถนะ หลักการสร้างรูปแบบองค์ประกอบของรูปแบบ การพัฒนารูปแบบ การสังเคราะห์โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ การสังเคราะห์วิธีการพัฒนาบุคลากร ได้รูปแบบและได้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9

4. การประเมินผลประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 โดยการการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สรุปลักษณะผลการสัมภาษณ์ พบว่าสมรรถนะที่ใช้ในการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสมรรถนะ 6 ด้าน คือ 1) ด้านการมีสภาวะผู้นำ 2) ด้านการมีวิสัยทัศน์ 3) ด้านการวางกลยุทธ์ภาครัฐ 4) ด้าน การมีศักยภาพเพื่อการปรับเปลี่ยน 5) ด้านการควบคุมตนเอง 6) ด้านการสอนงานและการมอบหมายงาน ไม่พบสมรรถนะใหม่ที่เพิ่มจากสมรรถนะด้านการบริหารงานของ ก.พ. กำหนดให้ การจัดลำดับการให้ความสำคัญของการใช้สมรรถนะด้านการบริหารงาน 6 ด้าน เป็นการจัดลำดับที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงไม่สามารถสรุปลำดับการให้ความสำคัญของการใช้สมรรถนะรายด้านได้

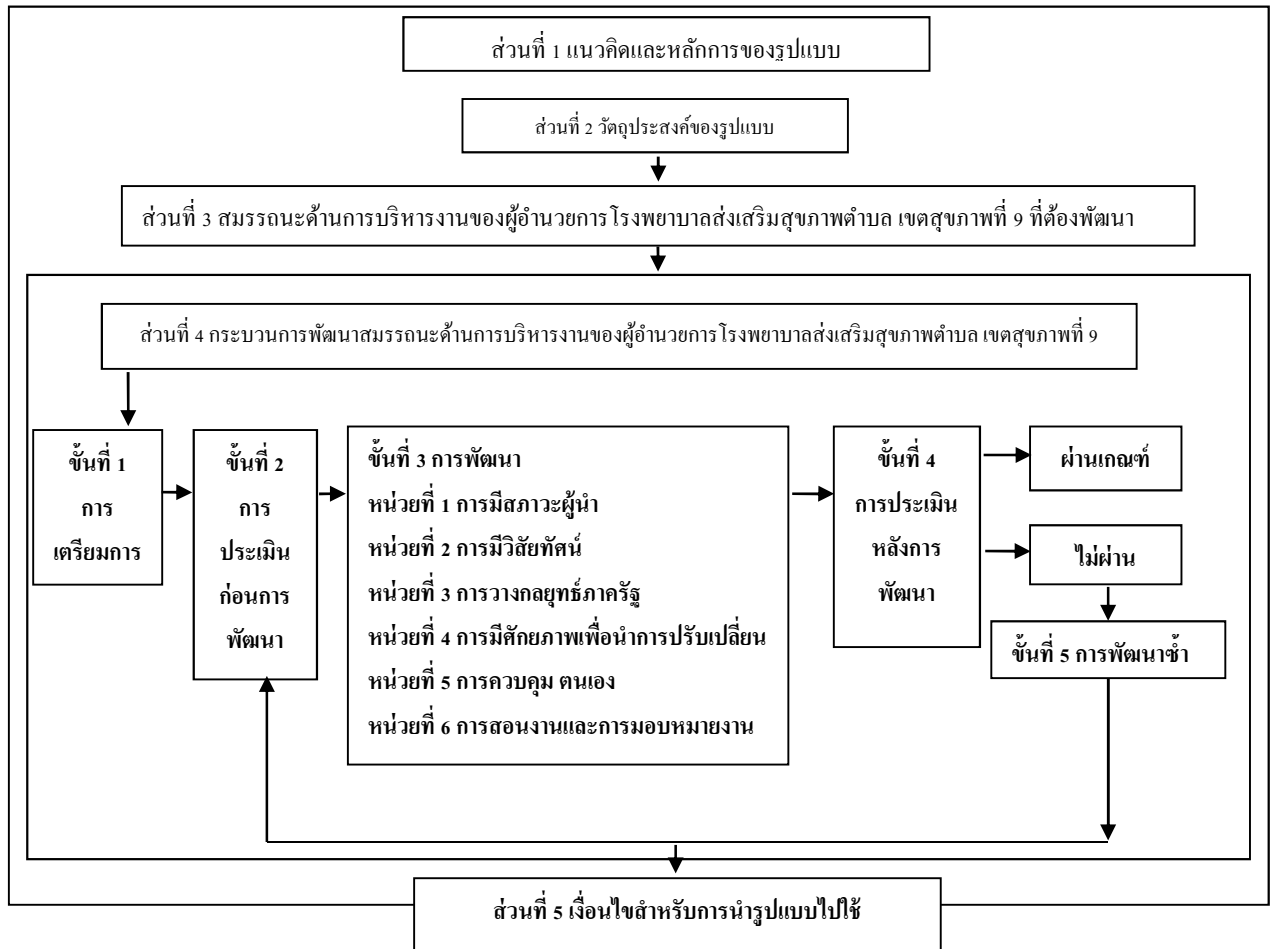
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

2. การศึกษาระดับสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใน เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 285 คน จำแนกเป็น จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 36.50 จังหวัด ชัยภูมิ จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 17.90 จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 67 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.50 และจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 22.10 ตำแหน่งทางวิชาการส่วนใหญ่ เป็น นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ ร้อยละ 70.30 รองลงมา เป็น พยาบาล วิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 13.00 อันดับที่ สาม เป็น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน ร้อยละ 10.00 ระยะเวลาการ ดำรงตำแหน่งของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เขตสุขภาพที่ 9 โดยเฉลี่ย 9 ปี มากที่สุด 30 ปี น้อยที่สุด 1 ปี และมีระดับสมรรถนะด้านการบริหารงาน 6 ด้าน ระดับสมรรถนะด้านการบริหารงาน ทั้ง 6 ด้าน คือ การมีภาวะผู้นำ ($\bar{X} = 4.09, S.D. = .47$) การมีวิสัยทัศน์ ($\bar{X} = 3.83, S.D. = 0.47$) การวางกลยุทธ์ภาครัฐ ($\bar{X} = 3.82, S.D. = 0.49$) การมีศักยภาพ เพื่อนำการปรับเปลี่ยน ($\bar{X} = 4.05, S.D. = 0.41$) การควบคุมตนเอง ($\bar{X} = 3.89, S.D. = 0.49$) และ การสอนงานและการมอบหมายงาน ($\bar{X} = 4.10, S.D. = 0.51$) ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96, S.D. = 0.39$)

ลำดับความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงาน 6 ด้าน ของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 พบว่า ลำดับที่ หนึ่ง คือ ด้านการวางกลยุทธ์ภาครัฐ ($\bar{X} = 3.82, S.D. = 0.49$) ลำดับที่ สองคือ ด้านการมีวิสัยทัศน์ ($\bar{X} = 3.83, S.D. = 0.47$) ลำดับที่ สาม คือ ด้านการควบคุมตนเอง ($\bar{X} = 3.89, S.D. = 0.49$) อันดับที่ สี่ คือ ด้านการมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน ($\bar{X} = 4.05, S.D. =$

0.41) อันดับที่ ห้า คือ ด้านการสอนงานและการมอบหมายงาน ($\bar{X} = 4.10, S.D. = 0.51$)

3. การสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 การสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ด้วยการบูรณาการกระบวนการเรียนรู้ ผู้ได้ศึกษาเอกสาร ที่เกี่ยวกับการสร้างรูปแบบ นำมากำหนด องค์ประกอบของรูปแบบ ซึ่งเป็นรูปแบบประเภท Semantic Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็น โครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งเป็นรูปแบบทางการศึกษาและ สังคมศาสตร์²⁸ (Keeves, 1988) ที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เกิดสมรรถนะด้านการบริหารงานที่เหมาะสม มี ผลการวิจัยโดยสรุปประกอบด้วยรายละเอียด 5 ส่วน คือส่วนที่ 1 แนวคิดและหลักการของรูปแบบ ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ส่วนที่ 3 สมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ที่ต้องพัฒนา ส่วนที่ 4 กระบวนการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การเตรียมการ ขั้นที่ 2 การประเมินก่อนการพัฒนา ขั้นที่ 3 การพัฒนา ขั้นที่ 4 การประเมินหลังการพัฒนาและขั้นที่ 5 การพัฒนาซ้ำ และส่วนที่ 5 เงื่อนไขสำหรับการนำรูปแบบไปใช้



ภาพประกอบ 1 โครงสร้าง และองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9

4. การประเมินรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ กับคำอธิบายรูปแบบ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันว่าโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ กับคำอธิบายรูปแบบ และคู่มือการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 6 หน่วย มีความเหมาะสม และมีความถูกต้อง สามารถที่จะนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้จริง

ผลการประเมินโดยการทดลองใช้คู่มือการพัฒนาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า คู่มือหน่วยที่ 4 การมีสถานะผู้นำ หน่วยที่ 1 การวางกลยุทธ์ภาครัฐ

และหน่วยที่ 3 การมีวิสัยทัศน์ มีความเป็นไปได้ อยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.62, 4.51$ และ $4.53, S.D. = 0.13, 0.17$ และ 0.31) ตามลำดับ คู่มือ หน่วยที่ 4 การมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน หน่วยที่ 5 การควบคุมตนเอง และหน่วยที่ 6 การสอนงานและการมอบหมายงาน มีความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.44, 4.37$ และ $4.33, S.D. = 0.235, 0.25$ และ 0.24) ตามลำดับ คู่มือ หน่วยที่ 4 การมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน หน่วยที่ 5 การควบคุมตนเอง และหน่วยที่ 6 การสอนงานและการมอบหมายงาน มีความเป็นประโยชน์ อยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.55, 4.53, 4.53$ และ $4.50, S.D. = 0.13, 0.15, 0.14$ และ 0.26) ตามลำดับ คู่มือ หน่วยที่ 5 การควบคุมตนเองและหน่วยที่ 6 การสอนงานและการมอบหมายงาน มีความเป็นประโยชน์ อยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.35,$ และ $4.20, S.D. = 0.13$ และ 0.23) ตามลำดับ พบว่า ผลการประเมินตนเอง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ก่อนและหลังการพัฒนาสมรรถนะจากทดลองใช้คู่มือมีคะแนนประเมินตนเองหลังการพัฒนาสูงกว่าคะแนนประเมินก่อนการพัฒนาทุกหน่วยการพัฒนา

สรุปและอภิปรายผล

จากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 285 คน จำแนกเป็น จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 104 คน จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 51 คน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 67 คน และจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 63 คน ตำแหน่งทางวิชาการส่วนใหญ่เป็น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รองลงมาเป็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ อันดับที่ สาม เป็น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 โดยเฉลี่ย 9 ปี มากที่สุด 30 ปี น้อยที่สุด 1 ปี ซึ่งไม่สอดคล้องกับ พนมพร ออบเยี่ยม⁽¹⁴⁾ ปี 2554 ที่ได้ศึกษาเรื่อง สมรรถนะด้านการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดชุมพร พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดชุมพรอยู่ในตำแหน่งในระยะเวลาเฉลี่ย 11-14 ปี และไม่สอดคล้องกับ รุ่ง จันทะวงศ์ และคณะ (2556)⁽¹²⁾ ปี 2556 เรื่อง สมรรถนะด้านการบริหารงานสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี ปฏิบัติงานระยะเวลาเฉลี่ย 11 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 37 ปี

สมรรถนะที่ใช้ในการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือสมรรถนะ 6 ด้าน คือ การมีภาวะผู้นำ การมีวิสัยทัศน์ การวางกลยุทธ์ภาครัฐ การมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน การควบคุมตนเอง และการสอนงานและการมอบหมายงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ กรกฎ เจริญสุข (2553)⁽¹³⁾ ปี 2553 ที่ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี 2553 ที่พบว่า สมรรถนะด้านการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สำคัญและจำเป็น คือ สมรรถนะด้านการบริหารการเปลี่ยนแปลง กับ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร สอดคล้องกับ สุปรานี ยมพุก (2554)⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่อง สมรรถนะของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 ที่พบว่า สมรรถนะของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สำคัญและจำเป็น คือ ด้านการวางกลยุทธ์ ด้านภาวะผู้นำ และสอดคล้องกับ พนมพร ออบเยี่ยม (2554)⁽¹⁴⁾ ที่ได้ศึกษา เรื่อง สมรรถนะด้านการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดชุมพร พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดชุมพรมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ด้านการวางกลยุทธ์ ภาวะผู้นำ ไม่สอดคล้องกับ ชวนพิศ สิทธิธาดา (2552)⁽¹⁵⁾ เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิผล พบว่า สมรรถนะของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิผล มี 5 องค์ประกอบ คือ สมรรถนะด้านวิชาชีพ สมรรถนะด้านหน้าที่ สมรรถนะด้านบุคคล และสมรรถนะด้านการบังคับบัญชา ไม่สอดคล้องกับ New Zealand Institute of Management (2008)⁽¹⁶⁾ เรื่อง การศึกษาและจัดกลุ่มสมรรถนะของผู้บริหาร พบว่า มีสมรรถนะ 3 ระดับคือ สมรรถนะขั้นพื้นฐาน สมรรถนะระดับเชี่ยวชาญ และสมรรถนะระดับนโยบาย ไม่สอดคล้องกับ Vazirani Nitin (2007)⁽¹⁷⁾ เรื่อง รูปแบบของสมรรถนะและการประยุกต์ใช้รูปแบบ ที่พบว่า ความรู้ที่มีอยู่ในตัวคน ทักษะที่คิดได้ และเกิดค่านิยมจึงเกิดความมั่นใจในตนเอง และทักษะ เกิดจากการฝึกฝนทำซ้ำๆจนเกิดความสำเร็จที่ดีในสถานการณ์ที่กำหนด ไม่สอดคล้องกับ Wu, J.M. and Lin, C.S, (2011)⁽¹⁸⁾ เรื่อง การสร้างรูปแบบสมรรถนะของผู้บริหารด้านการจัดการสุขภาพ กรณีศึกษาของศูนย์ตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลการเรือนการสอนในภาคกลางของไต้หวัน พบว่า มีสมรรถนะด้านความเป็นผู้นำในการบริหารจัดการ ประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

พบว่าระดับการปฏิบัติตามสมรรถนะด้านการบริหารงาน ทั้ง 6 ด้าน คือ การมีภาวะผู้นำ การมีวิสัยทัศน์ การวางกลยุทธ์ภาครัฐ การมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน การควบคุมตนเอง และการสอนงานและการมอบหมายงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับมากถึง 6 ด้าน ไม่สอดคล้องกับ พนมพร ออบเยี่ยม⁽¹⁴⁾ ปี 2554 ที่ได้ศึกษา เรื่อง สมรรถนะด้านการบริหารจัดการในภาพรวมของหัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดชุมพร พบว่า หัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดชุมพรมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ อยู่ระดับปานกลาง และสอดคล้องกับ รุ่ง จัน

ทะวงศ์และคณะ⁽¹²⁾ปี 2556 เรื่อง สมรรถนะด้านการบริหารงาน สาธารณสุขของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรีมีระดับสมรรถนะด้านการบริหารงานสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ สุชามาศ โพธิ์จันทร์⁽¹⁹⁾ปี 2554 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัด กรุงเทพมหานคร พบว่า สมรรถนะด้านการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัดกรุงเทพมหานคร อยู่ใน ระดับมากและสอดคล้องกับ จัตุรชัญ ทองจับ⁽²⁰⁾ปี 2552 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแรงงานในสถานประกอบการ ที่พบว่า ระดับการปฏิบัติสมรรถนะของแรงงานในสถานประกอบการ อยู่ในระดับมาก

การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงาน 6 ด้าน ลำดับที่ หนึ่ง คือ ด้านการวางกลยุทธ์ภาครัฐ ลำดับที่ สองคือ ด้านการมีวิสัยทัศน์ ลำดับที่ สาม คือ ด้านการควบคุมตนเอง อันดับที่ สี่ คือ ด้านการมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน อันดับที่ ห้า คือ ด้านการสอนงานและการมอบหมายงาน ไม่สอดคล้องกับ สุชามาศ โพธิ์จันทร์⁽¹⁹⁾ปี 2554 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัด กรุงเทพมหานคร พบว่า สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองอยู่ อันดับที่หนึ่ง สมรรถนะด้านการบริการที่ดีอันดับที่สอง การทำงานเป็นทีมอันดับที่สามและการมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นอันดับที่ สี่ และ ไม่สอดคล้องกับ สุปราณี ชมพุก⁽⁶⁾ปี 2554 เรื่อง สมรรถนะของผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า สมรรถนะด้านการประสานงานมีความสำคัญอันดับที่หนึ่ง รองลงมาเป็น ด้านการสื่อสารเชิงใจ และด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นอันดับสุดท้าย

ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งเป็นรูปแบบที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เกิดสมรรถนะด้านการบริหารงานที่เหมาะสม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แนวคิดและหลักการของรูปแบบ ส่วนที่ 2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ ส่วนที่ 3 สมรรถนะด้านการบริหารงานที่ต้องพัฒนา ส่วนที่ 4

กระบวนการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงาน ประกอบด้วย 5 ชั้น คือ ชั้นที่ 1 การเตรียมการก่อน ชั้นที่ 2 การประเมินก่อนการพัฒนา ชั้นที่ 3 การพัฒนา การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงาน 6 หน่วยที่เรียกว่า 6 Ms MCSDM (Six Modules Managerial Competency Self Development Model) ซึ่งแต่ละหน่วยมีองค์ประกอบ คือ แนวคิด วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการและกิจกรรมการพัฒนา ชั้นที่ 4 การประเมินหลังการ และชั้นที่ 5 การพัฒนาซ้ำ เป็นการดำเนินการพัฒนาซ้ำในสมรรถนะแต่ละด้าน หรือทั้ง 6 ด้าน ซึ่งต้องดำเนินการพัฒนาตามลำดับขั้นตอน และเมื่อการใช้รูปแบบการพัฒนาด้านนั้นๆยังไม่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาสามารถพัฒนาซ้ำได้อย่างต่อเนื่องอย่างไร้ที่สิ้นสุด ส่วนที่ 5 เจ็อนใจของการนำรูปแบบไปใช้ โดยมีเจ็อนใจของการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และมีคำอธิบายรูปแบบการพัฒนาตามขั้นตอน ตามหน่วยการพัฒนา จำนวน 6 หน่วย หรือตามคู่มือการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผู้วิจัยเรียกว่า 6 Ms MCSDM (Six Modules Managerial Competency Self Development Model) ที่ สอดคล้องกับศักดิ์ชัย ภูเจริญ⁽²¹⁾ปี 2553 เรื่อง การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหาร โรงเรียน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน อำไพบแดนขุนทด⁽²²⁾ปี 2557 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาหลักของผู้อำนวยการกลุ่ม สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครราชสีมา กับ อธิญา เพิ่มพิรพัฒน์⁽²³⁾ปี 2558 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารศูนย์การเรียนรู้ตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงด้านการศึกษ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กับ อ้อย สจิมรัมย์⁽²⁴⁾ปี 2554 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมภาวะผู้นำทางวิชาการของผู้บริหารโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาในสังกัดนครราชสีมา กับ ถวัลย์ หงส์ไทย⁽²⁵⁾ปี 2554 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียน ที่มีคุณภาพ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กับ อนุชิต วรรณสุทท์⁽²⁶⁾ปี 2559 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาความเป็นครูมืออาชีพของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา กลุ่มนครชัยบุรีนทร์ พบว่าโครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ 5

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ขั้นตอน ขั้นที่ 1 การเตรียมการ ขั้นที่ 2 การประเมินก่อนการพัฒนา ขั้นที่ 3 การพัฒนา ขั้นที่ 4 การประเมินหลังการพัฒนา และขั้นที่ 5 การพัฒนาซ้ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ชรอยวรณ ประเสริฐผลและคณะ⁽²⁷⁾ ปี 2556 เรื่อง รูปแบบการการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ของครูใหม่ในโรงเรียนเอกชนประเภทสามัญศึกษา พบว่า โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบมี 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ องค์ประกอบที่ 2 วิธีการพัฒนาสมรรถนะ และองค์ประกอบที่ 3 เงื่อนไขแห่งความสำเร็จในการพัฒนาสมรรถนะ ของครูใหม่ในโรงเรียนเอกชนประเภทสามัญศึกษา และไม่สอดคล้องกับ เทอดชัย บัวผาย และคณะ⁽²⁸⁾ ปี 2551 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านไอที ของครูผู้สอนรายวิชาพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ระดับประถมศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ที่พบว่า โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาเป็นการนำ 5 องค์ประกอบคือ สื่อสารการเรียนรู้ กิจกรรม การประเมินผล เทคนิคที่เลี้ยง เครื่องช่วยสังคมออนไลน์ มาพัฒนาสมรรถนะ ครูผู้สอนรายวิชาพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ระดับประถมศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

และรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีวิธีการพัฒนาหรือกระบวนการพัฒนา โดยการใช้คู่มือการพัฒนาสมรรถนะ 6 ด้าน 6 หน่วยการพัฒนา ที่เรียกว่า 6 M's MCSDM (Six Modules Managerial Competency Self Development Model) คือ หน่วยที่ 1 การวางกลยุทธ์ หน่วยที่ 2 การมีวิสัยทัศน์ หน่วยที่ 3 การมีศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน ภาครัฐ หน่วยที่ 4 การมีสภาวະผู้นำ หน่วยที่ 5 การควบคุมตนเอง หน่วยที่ 6 การสอนงานและการมอบหมายงาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ วณิช วัชรานนท์⁽²⁹⁾ ปี 2552 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะครูผู้สอนกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาที่มีประสิทธิผลสำหรับโรงเรียนขนาดเล็กในเขตบริการของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุดรธานี เขต 1 พบว่า มีวิธีการพัฒนา คือ การฝึกอบรม การใช้พี่เลี้ยง การเรียนรู้ด้วยตนเอง เช่น การศึกษา

ค้นคว้างานประจำที่ทำ การสังเกตการณ์สอนสำหรับครูแกนนำ การประสานงานเพื่อปรับปรุงทางอิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ และไม่สอดคล้องกับเชวรัตน์ เตมียกุล⁽³⁰⁾ ปี 2552 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการวิจัยของครูสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา ที่พบว่า ได้ใช้ชุดฝึกอบรม 7 ชุด มีวิธีการพัฒนา 3 องค์ประกอบคือ ระบบเครือข่ายการวิจัย ระบบการฝึกอบรมการวิจัย และระบบที่ปรึกษาของการวิจัย ไม่สอดคล้องกับ Spencer, LM. And Spencer, SM.⁽³¹⁾ ปี 1993 เรื่อง ความต้องการสมรรถนะสำหรับผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพในภาครัฐของไทย พบว่า รูปแบบในการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ มี 4 รูปแบบ คือ ให้แรงจูงใจ ให้ความรู้ ให้ทักษะ และเพิ่มขีดความสามารถ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อค้นพบไปปรับใช้ในการพัฒนาหลักสูตรในการอบรมผู้บริหาร เพื่อพัฒนาสมรรถนะและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
2. ควรศึกษาวิจัยผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9
3. ควรศึกษาวิจัยเพื่อนำเสนอรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของบุคคลากรกลุ่มอื่นๆ เช่น หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานของโรงพยาบาลอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น
4. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาในรูปแบบ เทคนิค วิธีการที่จะส่งผลต่อการพัฒนารายบุคคลเพื่อเสริมสร้างให้บุคคลากรเรียนรู้และเกิดการพัฒนาสมรรถนะด้านอื่นๆ การผลิตสื่อ เทคนิค วิธีการ การพัฒนาสมรรถนะในแต่ละด้านที่เอื้อต่อการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง
5. ควรศึกษาวิจัยโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานไปพัฒนาสมรรถนะด้านอื่นๆของผู้บริหารในกลุ่มอื่น ๆ
6. ควรศึกษาวิจัยการทดลองใช้คู่มือการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 เพื่อหาประสิทธิภาพและการพัฒนาคู่มือการพัฒนาให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง นครราชสีมา อำเภอโนนสูง และอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้การสัมภาษณ์ ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสีคิ้ว อำเภอด่านขุนทด อำเภอเทพารักษ์ และอำเภอขามทะเลสอ ที่ให้การทดลองใช้เครื่องมือ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิติพงษ์ ลือนาม รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุดา ภูมิพันธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประหยัด ภูมิโคกรักษ์ ดร.วินัย ทองภูบาล และ ดร.สันติ ทวยมีฤทธิ์ ที่พิจารณาแบบสอบถาม และขอบคุณคณะกรรมการที่ร่วมพัฒนางานวิจัย คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศักดิ์ชัย ภูเจริญ ผู้ช่วย

ศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ศักดิ์ปกรณ์กานต์ และ ดร.ทองทิพย์ สดะวงษ์ลักษณ์ ที่ร่วมพัฒนางานวิจัยจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวนิต เสตามานนท์ นายแพทย์ภาสกร ไชยเศรษฐ นายแพทย์คุณิต ขำชัยภูมิ ดร. สมเกียรติ ทานอก และ ดร.คมกริช ฤทธิบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินรูปแบบ ขอขอบคุณ น.ศ.ศุภสร่า สุโพธิ์ นายสังวาลย์ จ่างโพธิ์ นางกัญญารัตน์ เย็นตะคุ นางหนูสิน แก้วบุตร นายवासูกรี สายเพ็ชร นายมงคล แก้วพลสง นางสุนีย์ ศรีเพชร นางทิพย์วัลย์ น้อยนิค นางนิรันดร์ ตะนะสอน นายช่อมพลตรง นางสูงสา นารินทร์ และนางอุทุมพร ภัคศิริวิงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ประเมิน คู่มือการพัฒนา 6 M's MCSDM และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2550. www.admincourt.go.th/00_web/05_law/doc/constitution2550.pdf.
- กระทรวงสาธารณสุข. **การสาธารณสุขไทย**. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสาธารณสุขไทย. นนทบุรี 2557.
- จารุพันธ์ อธิวัชกุล. **บริหารคนเหนือตำรา**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : บริษัทเนชั่น พรินติ้งเซอร์วิส จำกัด, 2553.
- กระทรวงสาธารณสุข. **สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์การสาธารณสุขไทย**. 2548 – 2550. นนทบุรี : ผู้แต่ง, 2550.
- พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน. **พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551**. สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา. พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ, 2551.
- สุปราณี ยมพุก. **สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ คุยฎิบัณฑิต สาขาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิถีย, 2554.
- เขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์. **สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2558**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ, 2558.
- Krejcie, Robert V. and Morgan, Daryle W. **Determining Sample Size for Research Activities**. Educational and Psychological Measurement., 1970.
- นฤมล ศักดิ์ปกรณ์กานต์. **เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการวิจัยขั้นสูงทางการศึกษา**. นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. อัดสำเนา, 2557.
- บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น** (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2545.
- สุวิมล ติรภานันท์. **การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- รุ่ง จันทะวงศ์. **สมรรถนะด้านการบริหารงานสาธารณสุขของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี**. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.
- กรกฎ เจริญสุข. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารสำหรับพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553.
- พนมพร อบอุ่น. **สมรรถนะด้านการบริหารจัดการของหัวหน้าสถานื่อนามัยในจังหวัดชุมพร**. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

15. ชวนพิศ สิทธิธาดา. **รูปแบบสมรรถนะของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานที่มีประสิทธิผล.** ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต บริหารการศึกษา สาขาการบริหารการศึกษามัชฌิมจิต วิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร, 2552.
16. New Zealand Institute of Management. **Competency Model: A Review of the Literature and the Role of the Employment and Training Administration (ETA).** New Zealand Institute of Management., 2008.
17. Vazirani Nitin. **“Employee Engagement.”** 20070. [Online]. Available http://www.siescoms.edu/images/pdf/.../employee_engagement.pdf.
18. Wu, J. M. and Lin, C. S. **Teachers’ Professional Growth : Study on Professional (Pedagogical) Competency Development of Teacher in Junior Colleges/Universities of Technology.**The Journal of American Academy of Business. 2011.
19. สุธามาต โพธิ์จันทร์. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐานสังกัดกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์คุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษและผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย, 2554.
20. ถัดธราญ ทองจับ. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแรงงานในสถานประกอบการ.** วิทยานิพนธ์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2552.
21. ศักดิ์ชัย ภู่อเจริญ. **การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการกษนพื้นฐาน.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำทางการบริหารการศึกษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2553.
22. อ่ำไพ แคนขุนทด. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการกลุ่ม สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำทางการบริหารการศึกษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา, 2557.
23. อรุณญา เพิ่มพิรพัฒน์. **รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำของผู้บริหารศูนย์การเรียนรู้ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านการศึกษ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษขั้นพื้นฐาน.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำทางการบริหารการศึกษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2558.
24. อ้อย สจิมรัมย์. **รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมภาวะผู้นำทางวิชาการของผู้บริหาร โรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำทางการบริหาร การศึกษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2554.
25. ถวัลย์ หงส์ไทย. **รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารโรงเรียนที่มีคุณภาพ สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษขั้น พื้นฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำทางการบริหารการศึกษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2554.
26. อนุชิตี วรรณสุทธิ. **รูปแบบการพัฒนาความเป็นมืออาชีพของผู้บริหารสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา กลุ่มนครชัย บุรินทร์.** วิทยานิพนธ์ครุศาสตร์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 2559.
27. ชรอยวรรณ ประเสริฐผลและคณะ. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ของครูใหม่โรงเรียนเอกชน ประเภทสามัญศึกษา.** วิทยานิพนธ์คุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556.
28. เทิดชัย บัวผาย. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านไอที ของครูผู้สอนรายวิชาพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ระดับประถมศึกษา ตามหลักสูตรแกนกลางศึกษขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2551 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษขั้นพื้นฐาน.** วิทยานิพนธ์คุษฎีบัณฑิต สาขาคอมพิวเตอร์ศึกษา คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2551.
29. วณิช วิรินทรานนท์. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะครูผู้สอนกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาที่มีประสิทธิผลสำหรับโรงเรียน ขนาดเล็กในเขตบริการของสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษอุดรธานี เขต 1.** วิทยานิพนธ์คุษฎีบัณฑิต สาขาการบริหารและพัฒนาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
31. Spencer, L.M. and Spencer, S.M. **Competence at work: Model for superior performance.** Wiley, New York, 1993.
30. เขวารัตน์ เตมียกุล. **รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะทางการวิจัยของครูสังกัดสำนักงาน คณะกรรมการการอาชีวศึกษา.** สิงห์บุรี: วิทยาลัยเทคนิคสิงห์บุรี, 2552.

แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกรณีศึกษา:
อำเภอวังจันทร์

**GUIDELINES FOR SELF-CARE CAPACITY BUILDING AMONG THAI ELDERLY SELF-
HELP GROUP PROCESS/TECHNIQUE: A CASE STUDY OF WANGCHAN DISTRICT**

ประดิษฐ์ ปรดิฐวิศิธา¹

Pradit Pathaweesrisutha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Social / Behavioral Research มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการทำงานของกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ 2) ศึกษาศักยภาพการดูแลตนเองของสมาชิกกลุ่มรวมถึงปัญหาความต้องการ (Need Assessment) และ 3) พัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุในอำเภอวังจันทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถาม (Questionnaires) การดำเนินงานกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – Help Group) และใช้วิธีประเมินศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ และความต้องการสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ (Need Assessment) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยแจกแจงค่าความถี่ร้อยละค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis)

ผลการวิจัย พบว่า ควรมีการพัฒนาแนวคิดและกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ 3 ด้านดังนี้ 1) การสร้างบริบทกลุ่มให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง 2) การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของสมาชิกกลุ่มและ 3) การตอบสนองปัญหาและความต้องการของสมาชิก ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนากลุ่มควรมีการประเมินตนเอง (Self -Assessment) หรือมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเพื่อให้ทราบสถานะโดยสามารถนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาส่วนที่ขาดและควรมีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Evaluation) เพื่อจะได้ประเมินผลการดำเนินงานตามที่ปฏิบัติตาม โดยแนวทางการวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะการประเมินวิเคราะห์ศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ความต้องการและเสริมความมั่นใจของสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุที่จะบรรลุเป้าหมายเดียวกัน รวมทั้งเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการสมาชิกกลุ่มได้จึงสามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุทุกระดับทั้งระดับเข้มแข็งมากหรือเข้มแข็งน้อย โดยในการดำเนินการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้สมาชิกกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมกลุ่มผู้สูงอายุจึงจะเกิดความต่อเนื่องยั่งยืนสามารถตอบสนองความต้องการและรองรับการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: ศักยภาพการดูแลตนเอง / กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ABSTRACT

This research was a social/behavioral research. The purpose were 1) to study the working context of thai elderly in wangchan community, 2) to study self-care capacity of group members as well as need assessment in participation in a group, 3) and to develop guidelines for self-care capacity building among thai elderly in wangchan community. The population consisted of thai elderly, mentors of wangchan community, and networks thai elderly in wangchan community. The instrument was a questionnaire about of the operation self-help group affecting self-care capacity building through self-help group process/technique. The researcher assessed the self-care capacity and need assessment of participants. The data were analyzed by means of frequency, percentage, minimum, maximum, mean, standard deviation, and content synthesis.

The research findings showed that there should be the development of concepts and activities based on 3 strategies as follows: 1) The construction of group context to be strong continuously; 2) Self-care capacity building of group members and; 3) Response to problems and needs of members. Base on the result in this study, to group development should be used self-assessment or group data analysis process in order to understand the condition. Futuremore, the group can learn their capacity and self evaluation for continuous improvement. The research was conducted to group capacity, need assessment, and confidence building of group members with the same goal. moreover, the find can be applied in every group

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวังจันทร์ จังหวัดระยอง

of elderly groups, and it can be respond the the needs of group members. The sustainable of group development in wangchan community require self-help group and group participation

KEY WORDS: SELF-CARE CAPACITY BUILDING / SELF-HELP GROUP

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในช่วงปลายของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างจากวัยอื่น และมีการพัฒนาแบบเสื่อมถอยลง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุนับเป็นสิ่งสำคัญการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องจัดกิจกรรมในการส่งเสริมดูแลสุขภาพที่จะช่วยให้มีการดูแลตนเองในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในช่วงปลายของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงต่างจากวัยอื่น และมีการพัฒนาแบบเสื่อมถอยลงโดยช่วงวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา⁽¹⁾ ซึ่งมีเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ ผู้สูงอายุจะมีความเศร้าโศกอย่างมาก เมื่อเกิดการสูญเสียบุคคลผู้เป็นที่รักที่ผลกระทบต่อจิตใจ สุขภาพกายและพฤติกรรมของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก นอกจากนี้การพัฒนาทางด้านสังคมและสติปัญญาจะทำให้คนวัยนี้เป็นวัยที่สุขุม รอบคอบ ฉลาดยอมรับความจริง ภูมิใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ให้บุตรหลาน และคนรุ่นหลัง ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ล้มเหลวจะไม่พอใจในชีวิตที่ผ่านมา ไม่ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนไป รู้สึกคับข้องใจท้อแท้ในชีวิต โดยสังคมของผู้สูงอายุจะเป็นสังคมในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมวัยแต่จากการที่กลุ่มเพื่อนมีการตายจากกัน หรือต่างคนต่างอยู่ในครอบครัวของตน หรือจากปัญหาสุขภาพกาย ทำให้ไม่สามารถติดต่อกันได้ กิจกรรมของผู้สูงอายุจึงมักเป็นกิจกรรมการเลี้ยงดูหลาน ดูแลบ้านให้กับบุตรหลาน บางรายจะไปทำกิจกรรมที่วัด ทำบุญ ฟังธรรม บางรายเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทยนั้นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2556 มีผู้สูงอายุคิดเป็นประมาณร้อยละ 14 ของจำนวนประชากร

ทั้งหมด ซึ่งตามทฤษฎีการสหประชาชาติ (UN) ได้กำหนดไว้ว่า ประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้นประเทศไทยจึงนับได้ว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว⁽²⁾ จากสถานการณ์ของสังคมในปัจจุบันทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงได้มีการเตรียมความพร้อมของบุคคล ชุมชน และประเทศ เพื่อรองรับผู้สูงวัยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้มีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยยะยาวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชนจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ อาทิ บริการด้านสุขภาพ สังคม การศึกษา ดังนั้นสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ จึงมีการวางแผนเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนเตรียมระบบบริการด้านต่างๆให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ⁽³⁾ โดยผู้สูงอายุจะได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนด้านต่างๆในเรื่องของสิทธิประโยชน์การบริการทางการแพทย์ ความสะดวกและปลอดภัยในการใช้บริการสาธารณะ การได้รับเบี้ยยังชีพและความช่วยเหลือต่างๆจากรัฐ ซึ่งนอกจากความช่วยเหลือที่ได้รับจากรัฐแล้วผู้สูงอายุก็ยังมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือตนเองในด้านต่างๆตามกำลังความสามารถของตนที่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของบทบาทหน้าที่จากวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานมาเป็นวัยผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาในมิติการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา สามารถจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง โดยพบว่ามีประชากรสูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 6.4 วัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 3.8 และวัยปลาย (ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 1.5⁽²⁾ โดยวัยผู้สูงอายุตอนต้นเป็นช่วงของวัยที่ยังมีพลังหรืออาจเรียกว่าเป็น Active

ageing ผู้สูงอายุในวัยนี้มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ และภูมิปัญญาที่ยังพร้อมใช้งานได้ประคองกับสภาพร่างกายยังคงแข็งแรงกระฉับกระเฉง ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยนี้สามารถทำงานสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้เป็นอย่างดี วัยผู้สูงอายุตอนกลางเป็นช่วงแห่งการพักผ่อนในช่วงนี้ผู้สูงอายุอาจยังมีสภาพร่างกายโดยรวมที่ยังดีอยู่แต่ไม่กระฉับกระเฉงหรือเริ่มอ่อนแอลง บางคนสูญเสียความคล่องแคล่วทางกาย ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การเคี้ยวอาหาร และปัญหาการทรงตัว ดังนั้นผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จึงต้องการการพักผ่อนมากกว่าการทำงาน และผู้สูงอายุตอนปลายเป็นช่วงแห่งการพึ่งพิงในช่วงวัยนี้ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วย และมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มากขึ้นจึงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบทบาททางสังคมและปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญมากในเรื่องของสุขภาพ⁽⁴⁾ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติเพื่อสุขภาพและชีวิตของบุคคลด้วยตนเอง และลดการพึ่งพามนุษย์คนอื่นดังที่โอเรียม กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายที่บุคคลกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยพฤติกรรม การดูแลตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามแต่ความสามารถและศักยภาพของบุคคลในสภาวะการณ์นั้นๆ⁽⁵⁾ เมื่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากขึ้นก็จะนำไปสู่การเกื้อกูลช่วยเหลือ การปรับตัวและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนไปในแนวทางเดียวกันในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพไปตลอดการดำเนินกิจกรรม ซึ่งขนาดของกลุ่มนั้นมีความสัมพันธ์กับระดับความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยขนาดกลุ่มสองคนจะมีระดับของการมีปฏิสัมพันธ์ ความสามารถในการโต้ตอบ การแสดงความคิดเห็นตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และเมื่อเข้าสู่กิจกรรมเข้ากลุ่มก็จะเกิดพฤติกรรมคล้อยตามกันของกลุ่มในด้านการกระทำ ความรู้สึก และความคิดในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยจะช่วยกันเสนอปัญหาและแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มขนาดใหญ่ขึ้น โดยอาศัยความสามารถของ

แต่ละบุคคลที่จะทำให้การดำเนินโปรแกรมกิจกรรมบรรลุไปตามเป้าหมายของกลุ่มร่วมกันได้ โดยกระบวนการกลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศักยภาพของแต่ละบุคคลทั้งในด้านความคิด การกระทำ และความรู้อีกมาแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน⁽⁶⁾ ในการปรับตัวและการดูแลตนเองให้เหมาะสม โดยโอเรียม (Orem)⁽⁷⁾ มีแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตและมีแนวคิดเรื่องสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการมุ่งจัดการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ การปรับความรู้สึกนึกคิดอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ ภายใต้อบรมตามธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม โดยมีเป้าหมายที่จำเป็น (Self-Care Requisites) 3ด้านคือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับทุกคนทุกวัย ได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตหน้าที่ สวัสดิภาพ การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ในระยะต่างๆ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียชีวิตคู่ บิดา มารดา เป็นต้น และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการพัฒนาตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ เช่นการเกิดโรคหรือเจ็บป่วย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือสภาวะที่เป็นอยู่⁽⁴⁾ การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ก็เป็นแนวทางหนึ่งในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกภายในกลุ่มได้อย่าง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ การสนับสนุนโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะสามารถสร้างความไว้วางใจได้ เนื่องจากลักษณะกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีหลักการให้สมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงจากปัญหาเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนสมาชิกในบทบาทที่แพทย์ พยาบาล และสมาชิกในครอบครัวไม่อาจทำได้ และกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะประกอบด้วยบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกันได้รับประสบการณ์การเจ็บป่วย การสูญเสีย ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและอารมณ์คล้ายคลึงกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน สามารถระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และปัญหาอื่นๆ สมาชิกกลุ่มจะช่วยเหลือปัญหาต่างๆ โดยนำประสบการณ์ความเจ็บป่วย การรักษาที่แต่ละคนเคยได้รับและแก้ไขปัญหามาผ่านพ้นภาวะต่างๆ มาร่วมอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสม ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะรู้สึกผูกพันกัน เกิดความเข้าใจในตนเองและสิ่งอื่นๆ ได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และจากการที่ได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาเหมือนกัน และได้แก้ไขปัญหามาเป็นผลดี ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังกับปัญหาของตนเอง และปฏิบัติตามบุคคลในกลุ่มที่เป็นแบบอย่าง ทำให้มีความมั่นใจในตนเองที่จะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤตนั้นได้เช่นกัน ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาศักยภาพการดูแลตนเองของสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุรวมถึงปัญหาความต้องการ (Need Assessment)
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Social / Behavioral Research มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทการทำงานของกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ 2) ศึกษาศักยภาพการดูแลตนเองของสมาชิกกลุ่มรวมถึงปัญหาความต้องการ (Need Assessment) และ 3) พัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-79 ปี ที่เป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอวังจันทร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการทดลองวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้ ผู้สูงอายุ ชายและหญิงอายุระหว่าง 60-79 ปี เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจ กลุ่มอาการทางจิตประสาทหรือปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง อันจะทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีการรับรู้ติดต่อสื่อสาร และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สมัครใจเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกรอกจากการทดลองวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) กรณีกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมการทดลองศึกษาวิจัย 2) กรณีกลุ่มตัวอย่างอพยพย้ายถิ่นไม่สามารถติดต่อได้ 3) กลุ่มตัวอย่างกลายเป็นทุพพลภาพหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 4) กลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตหรือภาวะเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลาระหว่างดำเนินการศึกษาทดลอง ผู้สูงอายุในการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบกำหนดคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงโดยเลือกจากผู้ที่เป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุในอำเภอวังจันทร์ทั้งหมด 390 คน มาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรตามเน (8)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$= \frac{390}{1 + 390(0.05)^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

E แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่
ยอมรับได้ (Sampling Error) ในที่นี้กำหนดให้ไม่เกิน .05
การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ⁽⁸⁾

$$n = 197$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 197 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้
แบบสอบถาม (Questionnaires) เกี่ยวกับการดำเนินงาน
กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) ที่ส่งผลต่อการ
พัฒนาสุขภาพด้านการดูแลตนเอง โดยกระบวนการกลุ่ม
ช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) ซึ่งแบบสอบถามแบ่ง
ออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับ
รายละเอียดส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่
เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาเข้าร่วม
การเป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับศักยภาพการ
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุสร้างขึ้น โดยยึดแนวคิดทฤษฎีการ
ดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ครอบคลุมการดูแลตนเอง
ทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยเนื้อหาในส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1)
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลตนเอง
เกี่ยวกับอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การ
ออกกำลังกายตลอดจนการป้องกันอันตรายต่อชีวิต สวัสดิ
ภาพและพัฒนาการของตนเอง 2) การดูแลตนเองตามระยะ
พัฒนาการ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปรับตัว
ทางสังคม การผ่อนคลายความเครียด การตระหนักรู้และการ
ยอมรับความมีคุณค่าแห่งคนและการมีจุดมุ่งหมายของชีวิต
3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้าน
สุขภาพ ได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการแสวงหาความ
ช่วยเหลือที่เหมาะสม การให้ความสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพตนเอง การปฏิบัติเพื่อแก้ไข
ปัญหาสุขภาพ การปรับทัศนคติและเรียนรู้ที่จะมีชีวิต
อยู่กับผลของพยาธิสภาพและสภาวะที่เป็นอยู่อย่างปกติสุข
ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) มีระดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติมากกว่า 10
ครั้งในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติมากกว่า 5-10
ครั้งในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติน้อยกว่า 5
ครั้งในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ตอบปฏิบัติไม่เคยปฏิบัติใน
รอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	2	3
ไม่ปฏิบัติ	1	4

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความ
ต้องการของสมาชิกที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม โดย
ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) มีระดับคะแนน 4 ระดับ คือ

	คะแนน
ต้องการมากที่สุด	5
ต้องการมาก	4
ต้องการปานกลาง	3
ต้องการน้อย	2
ต้องการน้อยที่สุด	1

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่
สร้างขึ้นปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อพิจารณาความ
สมบูรณ์ของแบบสอบถามและแก้ไขปรับปรุงตาม
ข้อเสนอแนะ นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วให้
ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
(Content Validity) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try
Out) สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอแกลง จำนวน 10 รายที่มี
ลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มที่ศึกษา เพื่อพิจารณาความ
สมบูรณ์ของแบบสอบถามด้านต่างๆ ได้แก่ การใช้คำถาม
จำนวน ภาษา และความเข้าใจของผู้ตอบ นำแบบสอบถาม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ที่ปรับปรุงคุณภาพแบบสมบูรณ์แล้ว แก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัยจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลศึกษาการดูแลตนเอง (Self-Care) วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองโดยรวม ข้อมูลความต้องการของสมาชิกกลุ่มสังเคราะห์เนื้อหา (Content Synthesis) สรุปปัญหาและความต้องการของสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองในสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 เพศชาย ร้อยละ 35.1 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลายมากที่สุดร้อยละ 56.4 รองลงมา จบประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 63.5 และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 1.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 0 -5,000 บาท

ศึกษาภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ พบว่าสมาชิกกลุ่ม มีการดูแลตนเองโดยรวมทุกด้าน คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยรวมทุกด้านของสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ

ระดับคะแนน	จำนวนคน	ร้อยละ
	n=197	
ดี (คะแนนช่วง 90-109)	67	34
ปานกลาง (คะแนนช่วง 72-89)	114	57.9
ต่ำ (คะแนนช่วง 54-71)	16	8.1
คะแนนต่ำสุด = 54 คะแนนสูงสุด = 109	คะแนนเฉลี่ย = 85.3	SD = 9.3

จากตาราง 1 พบว่า สมาชิกกลุ่มมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 57.9 รองลงมาพบที่มีการดูแลตนเองระดับดีร้อยละ 34 และส่วนน้อยร้อยละ 8.1 ที่มีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมทุกด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ย = 85.3 คะแนนสูงสุด = 109 คะแนน และคะแนนต่ำสุด = 54 คะแนน

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเชิงลึก ยังคงพบกลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ในเรื่องการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆหรืออาหารหมักดอง และดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ และเมื่อมีความผิดปกติของร่างกายมักปล่อยทิ้งไว้ให้หายเองมากกว่าที่จะไปปรึกษาจากแพทย์ ในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน ทั้งนี้

อธิบายได้ว่าจากการที่สมาชิกเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) ทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถปรับตัวได้และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมซึ่งจากการที่สมาชิกที่มีปัญหาเดียวกัน มีมิตรภาพเกิดขึ้นในกลุ่ม มีการยอมรับกันและกันอยู่บนพื้นฐานความเข้าใจ นำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้มา สะท้อนให้เห็นกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) มีกระบวนการดำเนินงานและส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับสมาชิกอย่างต่อเนื่อง ทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถปรับตัวและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการของสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ (n=197)

ความต้องการ	ระดับความต้องการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1. ผู้นำกลุ่มที่มีความรู้ความสามารถ	95 (48.2)	81 (41.1)	21 (10.7)	0 (0)	0 (0)
2. คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลตนเอง	88 (44.7)	86 (43.7)	19 (9.6)	3 (1.5)	1 (0.5)
3. การสนับสนุนเรื่องอาชีพเสริม	31 (15.7)	77 (39.1)	56 (28.4)	23 (11.7)	10 (5.1)
4. การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ค่าเดินทางมา รักษา	61 (31.0)	74 (37.6)	40 (20.3)	17 (8.6)	5 (2.5)
5. กำลังใจจากเพื่อนสมาชิก	80 (40.6)	91 (46.2)	24 (12.2)	2 (1.0)	0 (0)
6. การยอมรับจากครอบครัวและสังคม	99 (50.3)	64 (32.5)	30 (15.2)	3 (1.5)	1 (0.5)
7. การเข้าถึงบริการการรักษา	106 (53.8)	77 (39.1)	11 (5.6)	2 (1.0)	1 (0.5)
8. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม	61 (31)	88 (44.7)	40 (20.3)	7 (3.6)	1 (5.5)
9. การผ่อนคลายความเครียด	48 (24.4)	68 (34.5)	66 (33.5)	13 (6.6)	2 (1.0)
10. สถานที่ในการจัดกิจกรรมที่เป็นสัดส่วน	39 (19.8)	111 (56.3)	41 (20.8)	5 (2.5)	1 (0.5)
11. เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม	39 (19.8)	112 (56.9)	45 (22.8)	1 (0.5)	0 (0)
12. ให้กลุ่มช่วยเหลือปัญหาเมื่อจำเป็น	40 (20.2)	86 (43.7)	56 (28.4)	12 (6.1)	3 (1.5)
13. ให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน	48 (24.4)	81 (41.1)	41 (20.8)	19 (9.6)	8 (4.1)
14. ให้กลุ่มจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	62 (31.5)	76 (38.6)	49 (24.9)	5 (2.5)	5 (2.5)

จากตารางพบว่า มีความต้องการ การเข้าถึงบริการ การรักษามากที่สุด รองลงมาคือ การยอมรับจากครอบครัว และสังคมสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ ยังคงต้องการมีสุขภาพดีอย่างต่อเนื่อง ต้องการข้อมูล ข่าวสารและความช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมภายหลัง กลับเข้าสู่สังคม และรู้สึกกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็น

ส่วนหนึ่งของผู้อื่นในสังคมด้วยโดยเฉพาะบุคคลใน ครอบครัว เช่น พ่อแม่ เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

2. แนวทางการพัฒนาสุขภาพการดูแลตนเองโดย กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จากการ สรุปลวิเคราะห์ ทำให้ได้ข้อมูลในการออกแบบและพัฒนา แนวทาง (Design And Development) ในการพัฒนา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง เสนอแนวทางการพัฒนาศักยภาพ การดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) ในกลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ ซึ่งแนวทาง สอดคล้องกับการแนวคิดการเสริมสร้างและพัฒนา กลุ่มให้ มีความเข้มแข็ง เนื่องจากเงื่อนไขการก่อเกิดกลุ่ม เกิดจาก การรวมกลุ่มกันเองตามธรรมชาติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมทำกิจกรรมวางแผน แก้ไขปัญหาเพื่อนสมาชิก ส่งเสริมการเข้าถึงบริการและ การดูแลตนเอง โดยระหว่างการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ต้อง ประสบปัญหา ทั้งปัญหาสมาชิก การดำเนินงาน การ บริหารจัดการ ดังนั้น เพื่อกระบวนการพัฒนา กลุ่มอย่าง ต่อเนื่องและมีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ช่วยเหลือตนเอง (Self - Help Group) สามารถดูแลสมาชิก กลุ่มให้มีศักยภาพดูแลตนเองได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนา แนวคิดและกิจกรรมทั้งด้านบริบทกลุ่ม การเสริมสร้าง ศักยภาพกลุ่มและการตอบสนองความต้องการสมาชิกอย่าง ครอบคลุม ให้ครอบคลุมไปถึง 3 ด้านโดยผู้วิจัยขอเสนอเป็น ยุทธศาสตร์หลัก 3 ยุทธศาสตร์โดยมีรายละเอียดแนวทาง ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างบริบทกลุ่มให้มีความ เข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 แนวทางการพัฒนา ดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกลุ่ม ในการ พัฒนาระบบบริหารจัดการกลุ่ม พบว่า ต้องมีการเรียนรู้ ระบบการบริหารจัดการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มมีศักยภาพเข้มแข็ง เนื่องจากการศึกษากลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม ยังคงพบว่า วัสดุทัศน รั่วของบุคลากรยังไม่ชัดเจนยังไม่มียุทธศาสตร์ในการวางแผน และประเมินผลและไม่มีการจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มที่ชัดเจน โดยผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการ กลุ่ม ดังนี้ 1) การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานให้บรรลุ เป้าหมายวัตถุประสงค์ การจัดการองค์กร 2) การแบ่ง บทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนวางข้อกำหนดระเบียบของกลุ่ม 3) จัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกัน 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้ เป็นปัจจุบันและเข้าใจง่าย สามารถนำมาข้อมูลมาวิเคราะห์ ประเมินผลการพัฒนา กลุ่มได้

2. การส่งเสริมวัฒนธรรมในกลุ่มแกนนำ/สมาชิก/พี่ เลี้ยง การส่งเสริมวัฒนธรรมในกลุ่มแกนนำ/สมาชิก/พี่เลี้ยง ต้องสร้างการรวม กลุ่มที่นำเอาวัฒนธรรมการช่วยเหลือ เกื้อกูลมาเกาะเกี่ยวกัน การรวมตัวกันเหนียวแน่นขึ้น ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมที่สร้างความสามัคคีภายในกลุ่ม 2) สร้าง แรงจูงใจในการเข้ามาทำงาน 3) ปลุกฝังทัศนคติและให้ สมาชิกมีส่วนร่วม ในการร่วมคิดค้นปัญหา การวางแผน และดำเนินงานสม่ำเสมอ

3. การจัดการความรู้ในกลุ่ม เนื่องจากพบว่าทั้ง 3 กลุ่มยังขาดองค์ความรู้และรูปแบบวิธีการในการเสริมสร้าง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่หลากหลายให้กับสมาชิก ซึ่ง การจัดการความรู้ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มสามารถบรรลุ ยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการกลุ่มได้ และกลุ่มได้รู้ถึงว่า ต้องการความรู้อะไรที่จำเป็นในการทำงาน มีการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนและแบ่งปันองค์ความรู้ ทำให้สามารถจัดเก็บ สังเคราะห์ข้อมูลความรู้ให้เป็นระบบได้ ซึ่งการจัดการ ความรู้ในกลุ่มอาจต้องดำเนินการทั้ง 3 ระดับ คือ การ จัดการความรู้ในกลุ่ม การจัดการความรู้ในกลุ่มเพื่อน ร่วมงานและการจัดการความรู้ในตัวบุคคล และควรมีการ ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้นำกลุ่มต้องเป็นคนผลักดันให้เป็นจริง โดยการสร้างระบบมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาให้ ความสนับสนุนอย่างใกล้ชิดที่จะพัฒนาให้ไปสู่ความสำเร็จ 2) มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม โดยผ่านการมี ปฏิสัมพันธ์การจัดกิจกรรมภายในกลุ่มอย่างต่อเนื่องเช่น ทุก 1 เดือน 3) พัฒนาสื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมด้วย เช่น วิซีดี แผ่นพับความรู้ ที่สามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองได้ ทุกที่ทุกเวลาตามอัธยาศัย

4. การสร้างเครือข่ายสนับสนุน ในกระบวนการ สร้างเครือข่ายพบว่ามีความสำคัญในการช่วยเหลือและ สนับสนุนกลุ่มเป็นอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษา พบว่า กลุ่ม ผู้สูงอายุไม่สามารถสะสมทุนของกลุ่มเองได้ยังคงต้อง อาศัยแหล่งทุนสนับสนุนจากนอกหน่วยงาน และพบ ปัญหาการทำงานร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาล ซึ่งยังขาด การมีส่วนร่วมในระดับความคิดการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งการ สร้างเครือข่ายที่สำคัญ อันนำไปสู่ความเข้มแข็งของกลุ่ม ควรมีการสร้างเครือข่าย ดังนี้ 1) การกำหนดทิศทางและ เป้าหมายของการทำงานร่วมกันและสนับสนุนซึ่งกันและ

กันในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน 2) การพัฒนา
เครือข่ายควรเน้นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุให้มี
ประสิทธิภาพและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยทรัพยากรที่
มีอยู่ในท้องถิ่นและเครือข่ายการดูแลอื่นๆให้เป็น
ประโยชน์สูงสุด 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของ
เครือข่ายโดยเฉพาะการเสริมด้านการบริหารจัดการ การ
เสริมพลังในการประสานงานการติดต่อสื่อสาร

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเอง
ของสมาชิกกลุ่ม** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ
ดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ปานกลางถึงดี แต่ถึงแม้ว่าสมาชิกกลุ่มมีความรู้เพิ่มมากขึ้น
พบว่าสมาชิกบางส่วนยังมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง
ดังนั้น ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการพัฒนา ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพด้านตัวสมาชิก ควรส่งเสริม
ดำเนินการ ดังนี้ 1) พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
ให้กับสมาชิกด้านต่างๆโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริม
สุขภาพและส่งเสริมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนแก่
ผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ 2) การส่งเสริมและ
กระตุ้นให้กลุ่มผู้สูงอายุได้มีการวางแผนการดูแลตนเอง
อย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญต่อการลดและป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน ในระยะยาว ได้แก่ การใช้สุขภาพ
ทางเลือกที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการดูแลอย่าง
ผสมผสาน และการสนับสนุนความคิดในทางบวกให้กับ
ผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหาสามารถยอมรับและพึ่งตนเอง
ได้เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การพัฒนาศักยภาพด้านกระบวนการกลุ่ม ควร
ส่งเสริมและพัฒนา ดังนี้ 1) ส่งเสริมกระบวนการให้
คำปรึกษา (Counseling) ในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากการให้
คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการ
ปรึกษาได้ทำความเข้าใจปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ สามารถหา
แนวทางแก้ไขปัญหาและนำไปปรับตัวดำรงชีวิตได้ 2) การ
ส่งเสริมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง (Education) การให้
ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคในผู้สูงอายุ การรักษา การดูแล
ตนเอง อาจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลในกลุ่ม และการไป
เยี่ยมบ้านให้ความรู้ โดยควรมีการประเมินความรู้ก่อนและ
หลังโปรแกรมการให้ความรู้

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 การตอบสนองปัญหาและความ
ต้องการของสมาชิก** จากการศึกษากลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า
ตัวอย่างสมาชิกกลุ่มมีความต้องการการเข้าถึงบริการการ
รักษา สมาชิกกลุ่มมีความต้องการการยอมรับจาก
ครอบครัวและสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการ
พัฒนา ดังนี้

1. การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม (Social
Support) จะช่วยส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งได้รับการยอมรับจาก
ครอบครัวและสังคม ดังนี้ 1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจาก
ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด 2) ส่งเสริมทัศนคติด้านบวกใน
ผู้สูงอายุ 3) จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง
ผู้สูงอายุครอบครัวและชุมชนเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน 4)
จัดอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุแก่
ครอบครัวผู้ดูแลรวมทั้งในชุมชน

2. การสนับสนุนทางสังคมทางด้านข้อมูลข่าวสาร
เพื่อการเข้าถึงบริการ 1) บริการให้คำปรึกษาในการเข้ารับ
บริการรักษา 2) การประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงระบบบริการ
ของรัฐ ในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแล
ตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ
กรณีศึกษา: อำเภอวังจันทร์ พบว่าสมาชิกกลุ่ม มีการดูแล
ตนเองโดยรวมทุกด้าน คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป
การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมี
ปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงดี มี
ความต้องการ การเข้าถึงบริการการรักษามากที่สุด รองลงมา
คือ การยอมรับจากครอบครัวและสังคมสะท้อนให้เห็นว่า
กลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ ยังคงต้องการมีสุขภาพดีอย่าง
ต่อเนื่อง ต้องการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือสนับสนุน
ทางสังคมภายหลังกลับเข้าสู่สังคม และรู้สึกว่าการได้รับ
การยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นในสังคมด้วยโดยเฉพาะ
บุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ดังนั้น
จึงควรมีการพัฒนาแนวคิดและกิจกรรมตามยุทธศาสตร์ 3
ด้านดังนี้ 1) การสร้างบริบทกลุ่มให้มีความเข้มแข็งอย่าง
ต่อเนื่อง 2) การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของสมาชิก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

กลุ่มและ 3) การตอบสนองปัญหาและความต้องการของสมาชิก ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา กลุ่มควรมีการประเมินตนเอง(Self -Assessment) หรือมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเพื่อให้ทราบสถานะโดยสามารถนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาส่วนที่ขาดและควรมีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Evaluation) เพื่อจะได้ประเมินผลการดำเนินงานตามที่ปฏิบัติตาม โดยแนวทางการวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะการประเมินวิเคราะห์ศักยภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ความต้องการและเสริมความมั่นใจของสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุที่จะบรรลุเป้าหมายเดียวกัน รวมทั้งเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการสมาชิกกลุ่มได้จึงสามารถนำไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุทุกระดับทั้งระดับเข้มแข็งมากหรือเข้มแข็งน้อย โดยในการดำเนินการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุอำเภอวังจันทร์ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้สมาชิกกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมกลุ่มผู้สูงอายุจึงจะเกิดความต่อเนื่องยั่งยืนสามารถตอบสนองความต้องการและรองรับการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ^(9,10,11, 12)

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มผู้สูงอายุอื่นหรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group) ในกลุ่มผู้ป่วยอื่น หากนำแนวทางไปพัฒนา กลุ่ม ควรมีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) หรือมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่ม เพื่อให้ทราบสถานะโดยสามารถนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาส่วนที่ขาดอย่างต่อเนื่องได้

2. ภายหลังจากนำแนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุไปพัฒนากลุ่มควรมีการประเมินผลเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Evaluation) เพื่อจะได้ประเมินผลการดำเนินงานตามที่ปฏิบัติตามแนวทาง

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นลักษณะการประเมินวิเคราะห์ศักยภาพกลุ่ม ความต้องการและเสริมความมั่นใจของสมาชิกกลุ่ม ที่จะทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน รวมทั้งประเมินสถานภาพ เพื่อปรับทิศทางของกลุ่มให้สามารถตอบสนองความต้องการสมาชิกกลุ่มได้ จึงสามารถนำไปใช้กับทุกระดับทั้งระดับเข้มแข็งมากหรือเข้มแข็งน้อย

4. การดำเนินการพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้สมาชิกกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา กลุ่มจึงจะเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

5. จากการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องคล้ายคลึงกับกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุให้มีศักยภาพจึงควรพัฒนาเครือข่ายควบคู่ไปด้วยกัน

6. แนวทางการพัฒนาเครือข่าย สามารถใช้รูปแบบขั้นตอนเช่นเดียวกับ แนวทางการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Group)

7. กระบวนการพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรสอดคล้องกับบริบทความเข้มแข็งแต่ละกลุ่ม และควรเน้นการมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาเร็วขึ้น

8. กลุ่มผู้สูงอายุ ยังควรจัดเวทีวิเคราะห์ถอดบทเรียนตามประเด็นต่างๆที่สำคัญในการทำงาน และการถอดบทเรียนการบริหารจัดการของเครือข่าย ซึ่งจะทำงานแต่ละองค์ก็มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามกลุ่มข้ามองค์กร เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์และยกระดับความรู้จากการทำงานของเครือข่ายให้เป็นชุดความรู้/คู่มือ/สื่อต่างๆ ที่สามารถเผยแพร่และขยายผลต่อไปยังองค์กรอื่นๆ ที่สนใจ รวมทั้งเพื่อพัฒนาระดับองค์กรและพัฒนาระดับเครือข่ายร่วมกัน

9. ควรมีการศึกษาถึงตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐานสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง เพื่อศึกษาเชิงลึกในการพัฒนาที่ได้มาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุในอำเภอวังจันทร์ ผู้วิจัยผู้ศึกษาซึ่งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือ

เป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้การทำ วิจัยนิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุชาดา ทวีสิทธิ์และสวรัช บุญขมานนท์. ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุใน สายตาสังคมไทย. นครปฐม: ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงสร้างประชากร. <http://www.nesdb.go.th>. (23 มีนาคม 2560).
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การกระจายตัวของประชากรสูงอายุเชิงพื้นที่. นนทบุรี, 2553
4. เบญจมาศ นาควิจิตร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนัก การแพทย์กรุงเทพมหานคร ปรินญาณิพนธ์วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ, 2551
5. ชราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัด นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัย ราชภัฏนครปฐม, 2550
6. ดวงสมร นิลदानนท์. หลักการพลังกลุ่ม. <http://www.thailand.digitaljournals.org>. . (8 กรกฎาคม 2560).
7. Orem, D. Application of Orem's Self-Care Deficit theory. <http://www.researchgate.net>. (March12, 2015).
8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. สามเจริญพานิช. กรุงเทพมหานคร, 2540
9. Lennon, R. "The Benefits of women only HIV Support groups". *Journal of HIV/AIDS & Social Services* 2008 7 : 27-46.
10. แสง ขาวแก้ว. การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.
11. กัญนิษฐา มาหิ์มและพัฒน์ ศรีโอบุ้. ประสิทธิภาพการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ บ้าน โศภพิณโป่งตำบลบ้านเปิดอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2540
12. กมนนัทธ์ สารกุล. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูงที่ศูนย์สุขภาพชุมชน บ้านเมืองน้อยตำบลเมืองน้อย อำเภอวังนบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผลการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยองค์การบริหารส่วนตำบลพุดค่าจาน

Results of the Participatory Learning Process in Waste Management of Pukamjan subdistrict administrative organization

ธีระพงษ์ จ่องยีน¹ นิสา พักตร์วิไล² วีระวัฒน์ อุ่นแสนหา³ อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์⁴

Theerapong Jongyin¹ Nisa Pukvilai² Weeravat Ounsaneha³ Ananya Popradit^{4*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ขององค์การบริหารส่วนตำบลพุดค่าจาน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โดยมีปัจจัย ความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญ โดยศึกษาคุณลักษณะประชากร สภาพและปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี สํารวจปัจจัยด้าน ความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม ในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนและการสังเกตพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความตระหนักและการปฏิบัติกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มอาสาสมัครพบว่ามีการพัฒนาด้านการนำขยะอินทรีย์ไปผลิตปุ๋ยชีวภาพ มีการคัดแยกขยะและส่งขายโดยมีระบบการจัดการอย่างถูกต้อง การจัดการขยะอันตรายอย่างถูกหลักวิชาการ และสามารถจัดการแยกแ่งขยะที่เผาได้ถูกต้อง

คำสำคัญ : ความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติ การมีส่วนร่วม การจัดการขยะมูลฝอย

Abstract

This research aims to an evaluation of a participatory learning process in the solid waste management of the local administrative organization, Phra Phutthabat District by using knowledge, awareness, practice, and participation in waste management in the community as the important factors. We studied the demographic features situation and problems of solid waste management of volunteers' participants in the participatory learning process in solid waste management. This is a mixed methods research which aims to explore factors of knowledge, awareness, practice, and participation on community solid waste management and observation of waste management behavior after participation in participatory learning in solid waste management.

The research found that knowledge, awareness, and practice of participatory learning in solid waste management before and after the integration of activities in the model were statistically significant differences. Observation of the behavior of the volunteers found that the development of organic waste to produce organic fertilizer, the waste is sorted and shipped with the correct management system. Management of hazardous waste is technically correct as well as can handle the dry burnable waste correctly.

Key words: Knowledge, Awareness, Participation, Solid waste management.

¹ นักศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

² อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

³ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

⁴ อาจารย์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะปัญหาขยะมูลฝอย ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในแต่ละวันมีมากขึ้นจากพฤติกรรมกรอุปโภคบริโภคในยุคปัจจุบัน ในขณะที่ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการกำจัดขยะมูลฝอยในแต่ละพื้นที่ยังมีศักยภาพไม่เพียงพอ การตกค้างของขยะมูลฝอยมีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง ปริมาณกากของเสียอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อ การปนเปื้อนสารพิษในแหล่งน้ำ ดิน และอากาศ และห่วงโซ่อาหาร หากจัดการไม่ถูกวิธีจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ทำให้ประชาชนทั่วไปเสี่ยงต่ออันตรายต่อ สุขอนามัยและเกิด โรคภัยต่างๆ ได้ง่าย จากรายงาน สถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย พ.ศ. 2557 แสดงปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น และการนำขยะมูลฝอย บางส่วนไปใช้ประโยชน์ จากสถิติในปี พ.ศ.2548 มีปริมาณ ขยะมูลฝอยที่เก็บรวบรวมได้ทั่วประเทศประมาณ 14.3 ล้าน ตัน เฉลี่ยประมาณ 0.16 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน และ พ.ศ.2551 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เก็บรวบรวมได้ทั่วประเทศ ประมาณ 15.03 ล้านตัน เฉลี่ยประมาณ 0.64 กิโลกรัมต่อคน ต่อวัน โดยเมื่อจำแนกตามเขตลักษณะการปกครองแล้วพบว่า เป็นขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในเขตกรุงเทพมหานครประมาณวัน ละ 8,780 ตัน (ร้อยละ 21) ในเขตเทศบาลและเมืองพัทยา ประมาณวันละ 14,915 ตัน (ร้อยละ 36) และขยะมูลฝอยในเขต องค์การบริหารส่วนตำบลประมาณวันละ 17,369 ตัน (ร้อยละ 43) ซึ่งขยะมูลฝอยดังกล่าวได้รับการเก็บขนและนำไปกำจัด อย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลประมาณ 15,234 ตันต่อวัน (ร้อยละ 37) เท่านั้น ส่วนการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ ประโยชน์ใหม่มีประมาณ 3.41 ล้านตัน (ร้อยละ 23) ขยะมูล ฝอยที่เหลือจากการกำจัด จึงเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ^[1] ใน พ.ศ. 2556 มีมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 26.77 ล้านตัน หรือ ประมาณ 73,355 ตันต่อวัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาถึง 2 ล้าน ตันตามการขยายตัวของชุมชนและประชากรที่เพิ่มขึ้นทุก จังหวัด มีวิกฤติเรื่องการจัดการมูลฝอย โดยในปี 2551 มีอัตรา การผลิตมูลฝอยต่อคนต่อวันอยู่ที่ 1.03 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ปี 2556 มีอัตราการผลิตมูลฝอยเพิ่มขึ้นเป็น 1.15 กิโลกรัมต่อ คนต่อวัน^[2]

กิจกรรมการดำรงชีวิตของมนุษย์จะผลิตขยะมูลฝอย และของเสียต่างๆ โดยสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งทางตรงและทางอ้อม^[3] ปัญหาจากขยะในครัวเรือนส่ง ผลกระทบต่อแหล่งน้ำผิวดิน^[4] อาจก่อให้เกิดความเน่าเสีย จากขยะอินทรีย์ ค่า BOD เพิ่มสูงขึ้นเป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อ โรคและสัตว์นำโรคต่างๆ ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน ชุมชนชนบทเมื่อเปรียบเทียบกับแต่ละประเทศ เช่นจีนมีอัตรา การเกิดขยะเฉลี่ย 0.90 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน^[5] ชุมชนในรัฐ ชัมมู ประเทศอินเดียมีอัตราการเกิดขยะเฉลี่ยเท่ากับ 1.48 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน^[6] ชุมชนชนบทในประเทศบราซิล มี อัตราการเกิดขยะเฉลี่ยเท่ากับ 0.50 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน^[7] ส่วนประเทศเวียดนามมีค่าเฉลี่ยอัตราการเกิดขยะมูลฝอย เท่ากับ 0.29 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน^[10] ชุมชนบ้านโคกม่วง จังหวัดสระบุรี จัดเป็นตัวอย่างชุมชนที่มีปริมาณขยะมูลฝอย^[9] แผนปฏิบัติการ ประเทศไทย ไร้ขยะ ตามแนวทางประชารัฐ ระยะเวลา 1 ปี (พ.ศ. 2559-2560) ภายใต้แผนแม่บทการบริหาร จัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. 2559-2564 เป็นแนวทาง เพื่อขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่การเป็นสังคมปลอดขยะ (Zero Waste Society) ซึ่งวางอยู่บนแนวคิด 3Rs ประชารัฐ คือ การส่งเสริมการจัดการขยะที่ต้นทาง ซึ่งเป็นการจัดการที่ ยั่งยืน คือการลดปริมาณขยะจากแหล่งต้นทาง (Reduce) การ ใช้ซ้ำ (Reuse) และการนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) หรือตาม หลักการสามอาร์ (3Rs) [11] ซึ่งการจัดการขะนั้นมุ่งเน้นการ ลดปริมาณขยะจากครัวเรือน ส่งเสริมการคัดแยกขยะจากต้น ทาง เป็นการเพิ่มมูลค่าหรือแปรรูปขยะ ซึ่งจะส่งผลให้ปริมาณ ขยะในภาพรวมทั้งประเทศลดลง ทำให้ปริมาณขยะที่จะต้อง เข้าสู่ระบบการกำจัดลดลง และมีการกำจัดที่ถูกวิธีเพิ่มมากขึ้น อีกด้วย ตามแนวคิดเรื่อง ประชารัฐ คือการคำนึงถึงการมีส่วน ร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการปัญหา ได้แก่ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนต่อประชาสังคม ภาคการศึกษา และ ภาคการศาสนา เป็นต้น นอกจากการมุ่งลดปริมาณขยะและ การคัดแยกขยะที่ต้นทางแล้ว ยังมุ่งสร้างระบบการเก็บขนขยะ ซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การจัดการขยะอย่างถูกต้อง ตามหลักวิชาการ การแปรรูปเป็นพลังงานเชื้อเพลิง การแปร รูปเป็นพลังงานไฟฟ้า การนำไปผ่านกระบวนการเพื่อผลิต

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เป็นปฎิเสธกันต่าง ๆ ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมในอนาคตต่อไป เมื่อดำเนินการตามแผนปฏิบัติการแล้วเสร็จในระยะ 1 ปีนั้น ข้อมูลและผลการดำเนินงานที่ได้จากการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการดังกล่าว จะเป็นฐานข้อมูลในการกำหนดแผนปฏิบัติการระยะสั้นในปีถัดไป เพื่อให้สอดคล้องกับแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ พ.ศ. 2559-2564 เป็นไปตามสถานการณ์จริงในปัจจุบันและสามารถปฏิบัติได้จริงและเพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบการบริหารจัดการขยะให้มีประสิทธิภาพต่อไป การดำเนินการตามแผนปฏิบัติการดังกล่าวนี้ เป็นการดำเนินการโดยยึดหลักความรับผิดชอบต่อสังคมและหลักการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนทุกคน ในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการผลิตและการจัดการขยะ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการที่กำหนดไว้ในทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ให้ความสำคัญกับการคัดแยกขยะเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการขยะมูลฝอยที่ดีจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะลดปริมาณขยะมูลฝอยและแบ่งเบาภารกิจของหน่วยงานท้องถิ่นได้ สิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นกระบวนการทางการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งที่อยู่โดยรอบ ทั้งที่เป็นธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้นและความสัมพันธ์ระหว่างประชากร มลภาวะทรัพยากร การอนุรักษ์ การคมนาคม เทคโนโลยี การวางแผนเกี่ยวกับเมืองและชนบทกับสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ สิ่งแวดล้อมศึกษาเป็นการชี้แนะประชาชนให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่โดยรอบ และปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อประชาชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม^[1, 2] การกำจัดขยะมูลฝอยให้ได้ผลดีและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่างๆ การคัดแยกขยะมูลฝอยเป็นวิธีการหนึ่งของระบบการจัดการขยะมูลฝอย การคัดแยกขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดเป็นการช่วยลดปริมาณขยะมูลฝอยที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย ก่อนที่จะนำไปกำจัดในขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการกับขยะมูลฝอย เป็นการลดรายจ่าย อีกทั้งยังสร้างรายได้ที่เกิดจากการนำวัสดุที่แยกออกมานั้นไปจำหน่าย ซึ่งนอกจาก

จะเป็นการกำจัดขยะมูลฝอยโดยตรงแล้ว ยังเป็นการฝึกหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมทั้งขยะมูลฝอยของประชาชนให้เป็นที่เป็นทางอีกด้วย^[12]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย โดยการอบรมที่เน้นหนักด้านความห่วงใยในชีวิตและสุขภาพ ขององค์การบริหารส่วนตำบลพุก่างาน อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาคุณลักษณะประชากร สภาพและปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย ของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลพุก่างาน อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method) ทำการสำรวจคุณลักษณะประชากรที่เกี่ยวกับปัจจัยประกอบด้วยความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม ในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน เพื่อให้ทราบผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลพุก่างาน ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ประชาชนในตำบลพุก่างาน อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ผู้สนใจสมัครเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลพุก่างาน จำนวน 45 คน ใช้วิธีสุ่มเจาะจงเข้าร่วมโครงการ (Voluntary Sampling)^[13]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.75 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.70 - 0.80 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 แบบสอบถามพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมที่มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 และ 0.80 ตามลำดับ

กิจกรรมการการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย

กระบวนการเรียนรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมเป็น 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 8 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมชุมชน

กิจกรรมที่ 1 กำหนดพื้นที่จัดกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วม โดยการคัดเลือกชุมชนที่มีความสนใจในการจัดการขยะมูลฝอย เริ่มจากการเข้าพบและหารือกับผู้นำในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เมื่อผู้นำให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการ จึงประสานให้นัดหมายตัวแทนครัวเรือนภายในหมู่บ้านเพื่อจัดประชุมเตรียมความพร้อมของชุมชน

กิจกรรมที่ 2 ประชาสัมพันธ์ต่อตัวแทนครัวเรือนให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ ตารางการจัดกิจกรรม วัน เวลา และสถานที่จัดกิจกรรม ช่วงท้ายของการประชุม ผู้วิจัยจึงเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 จัดการเรียนรู้การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมที่มุ่งเน้นเนื้อหาที่แสดงความห่วงใยต่อชีวิตและสุขภาพ โดยการแสดงกรณีตัวอย่างในอารยประเทศ เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นประโยชน์อันจะเกิดขึ้นกับชีวิตและสุขภาพ

กิจกรรมที่ 3 อบรมให้ความรู้ความเข้าใจโดยการบรรยาย ชมวีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ร่วมปฏิบัติการได้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาขยะมูลฝอยในปัจจุบัน ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม เช่น หลักประเภทของขยะมูลฝอย ทั้ง 4 ประเภท ตลอดจนการจัดการขยะมูลฝอยแต่ละประเภทหลัก 3Rs เพื่อการลดและการจัดการขยะมูลฝอย และแสดงให้เห็นตัวเลขที่ชัดเจนของกรณีตัวอย่างในการขายขยะที่เกิดขึ้นให้เห็นเป็นรูปธรรม เน้นปลูกจิตสำนึกให้ออกมาจากความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 4 สาธิตการคัดแยกขยะมูลฝอยที่ถูกต้อง การทำปุ๋ยหมักจากเศษอาหาร เศษผัก เปลือกผลไม้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติการสามารถใช้ประโยชน์จากขยะมูลฝอยประเภทขยะอินทรีย์ ซึ่งมีปริมาณมากถึงร้อยละ 64 ของขยะมูลฝอยในครัวเรือน ในส่วนกิจกรรมนี้มุ่งเน้นไปที่ ผลดีต่อสุขภาพมนุษย์ที่จะได้บริโภคพืชผลทางการเกษตรที่ใช้ปุ๋ย

อินทรีย์ให้เห็นถึงความนำวิตกกังวลของการบริโภคพืชผลทางการเกษตรที่มียาฆ่าแมลงตกค้าง เพื่อสร้างจิตสำนึกในเชิงเกษตรอินทรีย์ อันจะนำไปสู่ความต้องการอย่างยั่งยืนที่จะพัฒนาเนื่องจากการปลูกจิตโดยใช้ กรณีตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 5 ทดลองทำน้ำยาล้างห้องน้ำจากผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติการมีทักษะในการใช้ประโยชน์จากผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ซึ่งมีปริมาณมากเกินความต้องการในบางฤดู นำมาใช้ให้เป็นประโยชน์แทนการทิ้งให้กลายเป็นขยะมูลฝอย และได้ใช้สิ่งที่ผลิตได้แทนการซื้อ

กิจกรรมที่ 6 ศึกษาดูงานนอกสถานที่ ในกิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ใช้งบประมาณมากกว่ากิจกรรมอื่น แต่จะสร้างความเข้าใจและสร้างแรงบันดาลใจในการจัดการขยะมูลฝอยได้เป็นอย่างดี จากการที่ได้พบและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนที่ประสบความสำเร็จแล้ว เกิดความเชื่อมั่นว่าจะทำสิ่งเหล่านั้นได้จริง

กิจกรรมที่ 7 ถอดบทเรียน และวางแผนแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติการได้ทบทวนถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันมาตลอดโครงการ และนำประสบการณ์เหล่านั้นมาเป็นพื้นฐานในการวางแผนร่วมกัน และการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความเป็นเจ้าของแผนงานที่ได้ร่วมกันสร้างขึ้นมา ทำให้มีแนวโน้มที่จะนำไปปฏิบัติในครัวเรือนได้

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผล

กิจกรรมที่ 8 ติดตามผลการปฏิบัติภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ให้ข้อมูลการประเมินแก่ผู้รับการประเมิน และให้การสนับสนุนชุมชน กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่สำคัญเนื่องจากจะสร้างแรงกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมปฏิบัติการทุกคนได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง และสร้างนิสัยความเคยชินในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างถูกต้อง อีกทั้งยังเป็นการช่วยเหลือผู้ร่วมปฏิบัติการบางคนที่มีความขัดข้องในการปฏิบัติบางประการ หรือผู้ที่มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนให้ปฏิบัติตามแผนงานได้อย่างถูกต้อง

ปัจจัยสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วม การจะดำเนินการตามกระบวนการนี้ให้สำเร็จได้ต้องมีปัจจัยสนับสนุนและข้อควรระวัง คือ 1) ผู้ร่วมปฏิบัติการตามกระบวนการนี้จะต้องเข้าร่วมด้วยความ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สมัครใจ และมีความกระตือรือร้นที่จะร่วมกันแก้ปัญหาขยะมูลฝอย 2) ในระหว่างดำเนินกระบวนการ วิทยากรและผู้ร่วมปฏิบัติการต้องมีการสื่อสารแบบสองทางตลอดกระบวนการ และ 3) ผลที่ได้จากกระบวนการจะเป็นข้อเสนอของผู้ร่วมปฏิบัติการ ซึ่งเปรียบเสมือนข้อตกลงที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ร่วมปฏิบัติการ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบผล ได้แก่ สถิติ t-test (Independent)

ผลการวิจัย

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของกลุ่มอาสาสมัครก่อนและหลังกิจกรรม

	ก่อนร่วมโครงการ		หลังร่วมโครงการ		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความรู้ในการจัดการขยะมูลฝอย	15.58	2.35	17.56	1.86	-4.42	0.00*
ความตระหนักในการจัดการขยะมูลฝอย	62.27	7.97	69.56	3.32	-5.66	0.00*
การปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอย	36.27	4.75	40.71	4.35	-4.62	0.00*
การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย	22.76	3.81	27.20	6.51	-3.95	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่าความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนของกลุ่มอาสาสมัครก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการดังกล่าว พบว่า คะแนนความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม ของกลุ่มอาสาสมัครก่อนและหลังกิจกรรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. หลังจากการศึกษาความเปลี่ยนแปลงทางด้านสถิติแล้ว ได้เก็บข้อมูลโดยการ สังเกตพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มอาสาสมัคร โดยเข้าเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มและไม่มีการนัดล่วงหน้า พบว่า เกิดกิจกรรมที่เป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์หลายประการในครัวเรือนนั้นๆ ดังต่อไปนี้

3.1 ขยะอินทรีย์ที่เกิดจากการบริโภคในครัวเรือนถูกนำไปหมักเป็นปุ๋ยชีวภาพ โดยการรวบรวมขยะอินทรีย์จากแต่ละบ้าน เพื่อนำไปรวบรวม ณ ศูนย์การเรียนรู้ของหมู่บ้าน แล้วผลิตเป็นปุ๋ยอินทรีย์เพื่อใช้ประโยชน์ในการเพาะปลูก

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครเป็นหญิงจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 93.30 อายุ 46 - 60 ปี ร้อยละ 51.11 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.70 สมาชิกในครัวเรือน 3 - 4 คน ร้อยละ 60.0 เนื่องจากผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับขยะมูลฝอยในครัวเรือนส่วนใหญ่มักเป็นแม่บ้าน มีเพียงบางครัวเรือนที่พ่อบ้านมีส่วนในการดำเนินการ และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพเกษตรกร

2. ผลการจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วม

3.2 ขยะรีไซเคิล ทุกครัวเรือนจัดการคัดแยกและเก็บสะสมไว้ในที่ที่จัดทำขึ้นและพร้อมส่งขาย โดยในการขายจะนำขยะที่ได้มารวมกับในวันอาทิตย์แรกของเดือน โดยมีสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบลเป็นผู้นำในการดำเนินการ เงินที่ขายได้จะถูกจัดบันทึกโดยคณะกรรมการที่คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัคร และเงินที่ได้จากการขายขยะนำไปชำระค่าสมาชิกในกองทุนสวัสดิการชุมชน หากมีรายรับจากการขายเกิดขึ้นมากเกินค่าสมาชิกในกองทุนสวัสดิการชุมชน จะดำเนินการจัดแบ่งปันเป็นเงินสด ปีละ 1 ครั้ง

3.3 ขยะอันตราย ส่วนนี้จะนำมาเก็บไว้ในจุดรวบรวมขยะอันตรายที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดทำไว้บริเวณหน้าบ้านผู้ใหญ่บ้าน เพื่อรวบรวมไปกำจัดยังบริษัทที่รับกำจัดขยะอันตราย เพื่อกำจัดอย่างถูกหลักวิชาการ

3.4 ขยะทั่วไป ในที่นี้หมายถึงขยะที่สามารถเผาได้ (Burnable waste) จะเก็บไว้ในสภาพแห้ง หากมีจำนวนไม่

มาก จะถูกฝังหรือเผาโดยแต่ละครัวเรือนจะดำเนินการ ส่วน
ขยะถูกทิ้งตามไหล่ทางสาธารณะในหมู่บ้าน โดยไม่ทราบ
เจ้าของ สมาชิกจะรวมตัวกันเก็บขยะดังกล่าวในช่วงวัน
อาทิตย์แรกของเดือนที่มีการซื้อขายขยะ

สรุปและอภิปรายผล

การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการ
จัดการขยะมูลฝอย องค์การบริหารส่วนตำบลพุดซา อำเภอ
พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี มุ่งเน้นการให้ความรู้ในการ
จัดการขยะมูลฝอยอย่างถูกวิธี และดำเนินการถ่ายทอดองค์
ความรู้โดยใช้จิตวิทยาเชิงพฤติกรรมที่เน้นในมุมมองของความ
ห่วงใยในชีวิตและสุขภาพ โดยเนื้อหาการอบรมจะเน้นหนัก
ในการกล่าวถึงผลดีของการจัดการขยะแบบถูกวิธีว่าส่งผล
อย่างไร โดยยกกรณีตัวอย่างให้เห็นภาพชัดเจน การอธิบาย
ของวิทยากรที่ไม่มุ่งเพียงการให้ความรู้ แต่มุ่งการเข้าถึงจิตใจ
และสร้างความกลัวในชีวิตและสุขภาพหากละเลยเรื่องการ
จัดการขยะ ทำให้อาสาสมัครเกิดความ ความรู้ ความ
ตระหนัก มีการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สามารถเป็น
ต้นแบบให้แก่สมาชิกอื่นๆ ในชุมชน ทำให้ชุมชนมีความ
เปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ซึ่งเป็นผล
มาจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในปัญหา
ขยะมูลฝอย ตลอดจนทั้งอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากขยะมูลฝอยที่
จะส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ จึงเกิดเป็นสำนึกร่วมกัน
ที่จะดูแลความสะอาดของชุมชน มีการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมในเรื่องขยะมูลฝอยและความร่วมมือกัน ในชุมชน
ภายหลังจากการดำเนินกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
ในการจัดการขยะมูลฝอยครั้งนี้ พบว่าสามารถปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของกลุ่มอาสาสมัครได้อย่างน่าพอใจเมื่อสิ้นสุด
โครงการ กลุ่มอาสาสมัครมีความรู้ ความตระหนัก การ
ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยดีขึ้นใน
ทุกด้าน พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน มี
การคัดแยกขยะก่อนนำไปกำจัด และกลุ่มอาสาสมัคร
สามารถเรียนรู้ที่จะผลิตปุ๋ยชีวภาพจากเศษอินทรีย์ที่เกิดจาก
ครัวเรือน ดังกล่าวนี้แสดงถึงพฤติกรรมการจัดการขยะมูล
ฝอยของทุกชุมชนสามารถปลูกฝังได้จากกระบวนการเรียนรู้

และการปลูกสร้างจิตสำนึกถึงภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับ
ชีวิต กิจกรรมที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจให้น่าสนใจอาจเกิดขึ้น
จากสถานการณ์เห็นประโยชน์ หรือจากความกลัวในอันตราย
ซึ่งทั้งนี้ สื่อ วิทยากร เนื้อหาการอบรมที่มีประสิทธิภาพ ย่อม
สามารถดึงสามัญสำนึกของกลุ่มให้ลุกขึ้นปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม ซึ่งมีงานวิจัยเชิงพฤติกรรมพบว่า พฤติกรรมการ
นำมาใช้ซ้ำ การคัดแยกการรีไซเคิล มีความแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญผันแปรตามค่านิยม ตามการได้รับความรู้และการ
ขัดเกลา โดยกิจกรรมการอบรม ต้องสร้างตัวแปรตามให้
ออกมาในรูปความห่วงใยในชีวิตและสุขภาพ มากกว่าการให้
ความรู้เชิงวิชาการแบบกระด้างหรือการมอบเพียงองค์ความรู้
เพียงอย่างเดียว^[14]

อนึ่ง ในปัจจุบันมีการจัดกิจกรรม การอบรมเพื่อ
ทอดความรู้ในด้านขยะมากมาย หากแต่ต้องหันมามอง
ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นจากการอบรมดังกล่าวว่ามีผลสัมฤทธิ์
เพียงใด ดังนั้นการจัดการอบรมที่ประสบความสำเร็จควรอิง
จาก ทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการ (Hierarchy of needs
theory) ของ Abraham Maslow คือ (1) ความต้องการทาง
กายภาพ (Physiological needs) ได้แก่ อาหาร น้ำ ดื่มน้ำ ความ
ต้องการ ที่อยู่อาศัย ความต้องการทางเพศและความต้องการ
อื่นๆ ของร่างกาย (2) ความต้องการความปลอดภัย (Safety
needs) ได้แก่ ความต้องการความมั่นคง และการป้องกันภัย
อันตรายจากสิ่งรอบตัวและการทำร้ายจิตใจ (3) ความ
ต้องการที่จะผูกพันในสังคม (Social needs) ได้แก่ ความรัก
ความรู้สึกลึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับและ
มิตรภาพ (4) ความต้องการที่จะมีฐานะเด่นและได้รับการยก
ย่องจากสังคม (Esteem needs) (5) ความต้องการที่จะ
ประจักษ์ตน (Self-actualization needs) ได้แก่ แรงผลักดันที่
ทำให้คนสามารถเป็นในสิ่งที่ตนเป็น ได้ดีที่สุดในชีวิต ซึ่งรวมถึงการ
เจริญเติบโต การได้ใช้ศักยภาพของคนอย่างเต็มที่และความ
สมปรารถนา^[15] ควรจะเป็นแนวทางการจัดกิจกรรมการ
ถ่ายทอดความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ในการจัดการสิ่งแวดล้อม
ต่อไปอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ, สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี พ. ศ. 2556 และ พ. ศ. 2557.
2. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ, การจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนระหว่างราชอาณาจักรไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ปี 2555.
3. Guerrero, L.A., G. Maas, and W. Hogland, *Solid waste management challenges for cities in developing countries*. Waste management, 33(1): 2013 , p. 220-232
4. Popradit, A., *Effect of Community and their Inhabitant Activity on Water Quality in Protected Area in Thailand*. วารสารวิจัยและพัฒนา โดยลงกรณีในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12(1). 2017.
5. Sharma, D. and R.K. Rampal, *Daily fluctuation in solid waste generation in rural areas of Jammu (A case study in Parwah Village, Jammu)*. Journal of Environmental Science, Toxicology And Food Technology, 4(5): 2013, p. 1-6.
6. Huang, K., et al., *Domestic solid waste discharge and its determinants in rural China*. China Agricultural Economic Review, 5(4): 2013 , p. 512-525.
7. Bernardes, C. and W.M.R. Günther, *Generation of domestic solid waste in rural areas: case study of remote communities in the Brazilian Amazon*. Human ecology, 42(4): 2014 , p. 617-623.
8. Thanh, N.P., Y. Matsui, and T. Fujiwara, *Household solid waste generation and characteristic in a Mekong Delta city, Vietnam*. Journal of Environmental Management, 91(11): 2010 , p. 2307-2321.
9. ชีรพงษ์ จอหงิน และคณะ. *รูปแบบการกำจัดขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษา จังหวัด สระบุรี*. VRU Research and Development Journal Humanities and Social Science. 13(1).
10. Kaosol, T., *Sustainable solutions for municipal solid waste management in Thailand*. World Acad Sci Eng Technol, 60(60): 2009 , p. 665-670.
11. อมรรัตน์ ช่างฉาย, *รูปแบบการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ ประกอบ การร้านค้าตลาดโรงเกลือ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว*. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการ วิจัยระดับชาติและนานาชาติกลุ่มระดับชาติด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2(6): 2015 , p. 613-622.
12. ชัยอนันต์ เ็นใจ, *สุนทรโคตรบรรเทาและอุทัย จันทร์ทอง, การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนสิ่งแวดล้อม ศึกษาสำหรับสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน*. KKU research journal (Graduate study). 11(1): p. 107-114.
13. Schmeller, D.S., et al., *Advantages of volunteer -based biodiversity monitoring in Europe*. Conservation biology, 23(2): 2009 , p. 307-316.
14. Barr, S., *Factors influencing environmental attitudes and behaviors: A UK case study of household waste management*. Environment and behavior, 39(4): 2007, p. 435-473.
15. Maslow, A., *Motivation and personality*. New York: Harper & Row. Mohr, J., & Spekman. 1954.

กรณีศึกษา การพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้ป่วยภาวะการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (failure plate) ที่รับการผ่าตัดซ้ำด้วยวิธีการผ่าตัดชนิดเปิด และ ใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกภายในแบบเกลียวล็อก ที่กระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง

Case study surgical nursing care of ORIF with Locking Broad plate's operation in failure plate both femurs patient.

กิ่งดาว ผูกดวง¹

บทคัดย่อ

การศึกษารุ่นนี้วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วย ที่มี การสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (failure plate) ที่รับการผ่าตัดซ้ำด้วยวิธีการผ่าตัดชนิดเปิด และ ใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกภายในแบบเกลียวล็อกจำนวน 1 ราย รายงานกรณีศึกษาการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้ป่วย ในระยะเวลาตั้งแต่ วันที่ 9 - 20 กันยายน 2560

ผลการศึกษา ผู้ป่วยชาย สัญชาติไทย อายุ 15ปี มาโรงพยาบาลตามนัดหลัง ORIF. With plate and Screws at both femur เมื่อ วันที่ 4 มกราคม 2560 จากประวัติว่าข้างักกรยานชนต้นขารถยนต์ มี closed fracture of both shalf femurs เมื่อ 1 มกราคม 2560 ตรวจร่างกายพบว่ามีต้นขาผิดรูป GCS E4M6V5 pupil 3 mm RTL.BE. Oxygen sat at room air 100% BP 111/74 mmHg HR 88 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที DTX= 91 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Hct.= 35.6% Hb= 11.5 กรัม/เดซิลิตร น้ำหนัก 37 กก. สูง 152 ซม. ปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยาหรืออาหาร ได้รับวินิจฉัย Closed fracture at shaft of both femurs with failed implant ทำการรักษาโดยผ่าตัด ORIF. With Locking Broad plate of rt. Femur ในวันที่ 13 กันยายน 2560 เวลา 13.00 น. และผ่าตัด ORIF. With Locking Broad plate of lt. Femur ในวันที่ 15 กันยายน 2560 จากกรณีศึกษา นี้ ได้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ทราบสาเหตุการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งได้แนวทางการป้องกันการเกิดการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (failed plate) นำไปสู่การร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในสหสาขาวิชาชีพ

Abstract

This study aim to study surgical nursing care of ORIF. with Locking Broad plate's operation in failure plate both femurs patient . a cases reports for nursing care in operating room of surgical patient. For the period from September 9,2017 to September 20, 2017 of first case and from September 12,2017 to September 13, 2017 of the second case

Results of study: First case A Thai male patient aged 15 years to hospital after the ORIF. With plate and screws at both femurs on January 4, 2017 from the history of motorcycles crashed car have closed fracture of both shalf femurs on January 1, 2017 Oxygen sat at room air 100% BP 111/74 mmHg HR 88 times per minute RR 20 times per minute DTX = 91 mg / dl Hct. = 35.6% Hb = 11.5 g / dl. Weight 37 kg. Height 152 cm. No underlying disease and drug or food allergies. Closed fracture at shaft of both femurs with failed implant were diagnosed. ORIF. With Locking Broad plate of rt. Femur was done on 13 September 2017 at 13.00 hrs. And ORIF. With Locking Broad plate of lt. Femur was done on 15, 2017 . Based on this case study. Guidelines for the care of patients with broken bones. Know the cause of the disease and complications. In addition, a preventive approach to the loss of fixation of the fractured plate leads to multidisciplinary holistic care.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล) งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแก่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

บทนำ

กระดูกขาหักเป็นการบาดเจ็บที่พบได้เสมอ ทั้งในการประกอบอาชีพ เล่นกีฬา หรือประสบ อุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งการมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบของคนไทยในปัจจุบัน ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าด้าน การคมนาคมและวิศวกรรมยานยนต์ทำให้มีการขับขี่ยานพาหนะด้วยความเร็วสูง จนเป็นเหตุให้มี อุบัติเหตุจราจรเพิ่มมากขึ้น ชัชวาล จันทะเพชร (2552)⁽¹⁾ พบว่า ร้อยละ 31.21 ของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มีกระดูกขาหัก เนื่องจากเป็นอวัยวะที่ยื่นออกมาจากรถ สอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2553)⁽²⁾ ที่ พบว่า จำนวนผู้ป่วยกระดูกขาหักที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเพิ่มจากอัตรา 43.70 ต่อประชากรแสนคนต่อปีในปี พ.ศ. 2540 เป็น 49.19 ต่อประชากรแสนคนต่อปีในปี พ.ศ. 2553 ทั้งนี้ผู้ป่วยกระดูกขาหักโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.63 มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ปัจจุบันการผ่าตัดตามหลักที่ต้นขาเป็นวิธีการรักษากระดูกต้นขาหัก ที่ใช้แพร่หลายที่สุดในโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัดได้แก่ การติดเชื้อ กระดูกติดเชื้อ กระดูกไม่ติด และที่พบบ่อยคือ การสูญเสียการยึดตรึงของแผ่น โลหะตามกระดูก (failure plate) เป็นภาวะที่แผ่นโลหะสูญเสียหน้าที่ยึดตรึงกระดูกต้นขาหักให้อยู่นิ่งก่อนกระดูกติดในแนวปกติได้แก่ แผ่นเหล็กหัก งอ หรือสกรูหล่น เป็นต้น ต้อม จันทรศัพท์, ณัฐชนก แก่นยิ่ง และพัทยา วาดสิงห์ (2550)⁽³⁾ ศึกษาพบว่ากรมมีความรู้ที่ไม่ เพียงพอภายหลังการจำหน่ายทำให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักก่อนที่กระดูกจะติด ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 13.3 เกิด แผ่นโลหะตามกระดูกหัก สกรูหล่น และหักซ้ำในตำแหน่งเดิม ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำ เพื่อผ่าตัดแก้ไข นอกจากนี้ในการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ร่างกายส่วนล่างภายหลังการรักษา 1 ปีของ Archer, Castillo, MacKenzie, and Bosse (2006)⁽⁴⁾ พบว่าการฟื้นฟูสภาพที่ไม่เพียงพอทำให้ ผู้ป่วยร้อยละ 72 มีท่าเดินผิดปกติจากความพิการของข้อเท้า และอาการอ่อนแรง

ของกล้ามเนื้อช่วยงอ เข่า จนกลายเป็นภาวะทุพพลภาพถาวร (Permanent disability) เป็นอุปสรรคต่อการดำรงบทบาทใน สังคม

ภาวะนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพื่อรักษาเพิ่มเติมตามวิธีที่เหมาะสม เพื่อให้กระดูกติดและหลีกเลี่ยงความพิการ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ป่วยที่มี การสูญเสียการยึดตรึงของแผ่น โลหะตามกระดูก (failed plate) ที่รับการผ่าตัดซ้ำ ที่ โรงพยาบาลแกลง จำนวน 8 ราย ส่งผลให้มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อทั้งโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว

พยาธิวิทยาและลักษณะทางคลินิก

กระดูกต้นขาหัก (Fracture of femoral shaft) หมายถึงการที่กระดูกต้นขาหักหรือแยกออกจากกัน โดยมีสาเหตุจากการถูกแรงกระแทกออกากรุนแรงบริเวณต้นขา ซึ่งแรงที่มากกระทำที่กระดูกมี 3 ชนิดคือ

1. แรงที่กระทำ (force or violence) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) แรงกระทำโดยตรง (direct force) หมายถึง มีแรงกระทำหรือแรงกระแทก หรือแรงอัดต่อกระดูกโดยตรง เช่น การถูกตี การถูกชน เป็นต้น 2) แรงกระทำทางอ้อม (indirect force) หมายถึง แรงกระทำต่อกระดูกที่หนึ่ง และมีแรงส่งจาก แรงกระทำต่อกระดูกที่ใกล้เคียง เช่น หกล้มแล้วใช้มือยันพื้น แล้วเกิดการหักของกระดูกแขนส่วนปลาย

2. จากการหักของกระดูกที่มีโรคหรือพยาธิสภาพอยู่ก่อนแล้ว (disease of bone) การหักของกระดูกแบบนี้เรียกว่า pathological fracture

3. จากการกระดูกหรือหดตัวอย่างแรงของกล้ามเนื้อ (muscular violence)

กระดูกต้นขามีลักษณะเป็นกระดูกท่อนยาวกวาง ด้านหลังเป็นสันซึ่ง เป็นที่จับของกล้ามเนื้อ ในทำนองตรงกระดูกต้นขาทอดโค้งไปทางด้านหน้าและมีแนวโค้งเข้าใน ที่บริเวณ เกรทเตอร์ โทรเซนเตอร์ (greater trochanter) มีกล้ามเนื้อแอบดักเตอร์ (abductor) ของสะโพกเกาะอยู่ที่ เลสเซอร์ โทรเซนเตอร์ (lesser trochanter) เลือดที่ไหลเวียนเข้ามาเลี้ยงกระดูกต้นขามี 2 ทาง คือ เพอริออส

สตีล เมตาไฟซีส (periosteal metaphyseal) และเอน โดสตีล เซอร์คิวเลชัน (endosteal circulation)

ในการศึกษานี้จะขอศึกษาดังกระดูกต้นขาหักส่วน Fractures of the femoral shaft เป็นหลัก ซึ่งสามารถแบ่ง classification เดิมใช้ตามลักษณะของการหักของ fracture line เช่น transverse fracture เกิดจากแรง bending force, oblique และ spiral fractures เกิดจากแรงบิดหมุน, segmental fracture หมายถึง การที่ cortex ไม่ต่อเนื่องถึงกันของส่วน proximal และ distal parts จากการถูกคั่นกลางด้วยชิ้นกระดูก และ comminution หมายถึง ส่วนที่หักมีชิ้นส่วนของกระดูกย่อย ๆ หลายชิ้น ต่อมา Winquist and Hansen ได้เสนอการแบ่งชนิดใหม่ เป็น 4 types โดยแบ่งตามความรุนแรงของ comminution ของกระดูก ซึ่งมีประโยชน์ในบอก stability ของกระดูก หลังจากการใส่เหล็กตาม (implant fixation) ดังนี้

Type I: small fragment broken off เมื่อทำการรักษาโดยการใส่โลหะชนิด intramedullary nail แล้วทำให้กระดูกไม่เสถียร stability

Type II: at least 50% of cortical contact เมื่อทำการรักษาโดยการใส่โลหะชนิด intramedullary nail แล้ว โลหะที่ยึดยังพอควบคุม rotation ของกระดูกได้

Type III: less than 50% of cortical contact เมื่อทำการรักษาโดยการใส่โลหะชนิด intramedullary nail แล้ว โลหะที่ยึดควบคุม rotation, shortening ไม่ได้ จำเป็นต้องใช้โลหะชนิด intramedullary nail แบบพิเศษที่เรียกว่า interlocking nail

Type IV: comminution มี total contact loss ในการรักษา โดยการใส่โลหะต้อง หลักการเดียวกับ type III

อาการและอาการแสดง ในกรณีที่สาเหตุของกระดูกหักเกิดจาก trauma ผู้ป่วยควรมีประวัติของ injury ร่วมกับมีอาการหรือตรวจ พบความผิดปกติของต้นขา เช่น ปวด บวม ผิดรูปร่าง ขาสั้นลง มีจ้ำเลือด และเดินหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ในรายที่เกิด open fracture ก็จะพบบาดแผลร่วมด้วย ในรายที่มี multiple injuries หรือ associated injuries เช่น neurovascular injuries ก็จะตรวจพบความผิดปกติเฉพาะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการตรวจ

ร่างกายทุกครั้งควร ตรวจ distal pulses เสมอ ในกรณีที่ เป็น pathological fracture ผู้ป่วยอาจมีประวัติอุบัติเหตุเบา ๆ หรือไม่มีเลยก็ได้ ผู้ป่วยอาจมี อาการตั้งแต่ช่วง impending fracture คือปวดบริเวณต้นขา และไม่สามารถมีกิจกรรมซึ่งเป็นปกติได้ จนมีอาการ ของกระดูกหักชัดเจน

การวินิจฉัย

พิจารณาจากประวัติการบาดเจ็บ ทั้งอาการและอาการแสดงร่วมกับการตรวจเอ็กซเรย์(x-ray) ต้นขา โดยภาพถ่าย x-ray ก็มีความเพียงพอในการประเมินและเตรียมการรักษา แต่ควรได้ตรวจทั้งท่า AP และท่า lateral โดยควรจะเห็น hip และ knee joint ด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อยคือ ผู้ป่วยมี multiple fractures หรือ associated injuries แล้วไม่ได้รับการวินิจฉัย นอกจากนี้ยังต้องประเมินปัจจัยที่จำเพาะในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อค้นหาพยาธิสภาพ หรือ โรคเรื้อรังที่มีอยู่ในอดีต ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำงานของสมอง(cognitive function) ภาวะทุโภชนาการ การประเมินอวัยวะในระบบต่างๆ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ ระบบทำงานของไต ระบบภูมิคุ้มกัน และโรคติดเชื้อ

การรักษา การรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ 1)

การรักษาแบบไม่ผ่าตัด (conservative treatment) การรักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดคือ การจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่ โดยวิธีการค้ำค้ำ (closed reduction) และจัดให้เข้าที่แล้วอยู่นิ่ง ๆ โดยให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการยึดตรึง ได้แก่ การใส่ฝือก (cast) การใส่เครื่องดึงรั้งกระดูกโดยแนวแรงดึงผ่านทางผิวหนัง (skin traction) หรือ ใส่เครื่องดึงรั้ง กระดูกโดยแนวแรงดึงผ่านทางกระดูก (skeletal traction) เป็นต้น 2) **การรักษาโดยวิธีผ่าตัด** เป็นการรักษาที่นิยมกันมากในปัจจุบัน การผ่าตัดควรทำให้เร็วที่สุด ภายใน 24-48 ชั่วโมง การทำผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกที่หักไว้ภายในร่างกายด้วยวัสดุต่าง ๆ (open reduction internal fixation : ORIF) เป็นการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว โดยมีจุดประสงค์ หลักคือ ให้กระดูกอยู่นิ่งเพื่อให้เกิดการติดตามธรรมชาติ การผ่าตัดจัดกระดูกที่หักให้เข้าที่แล้วใช้โลหะใน การยึดตรึงกระดูกให้อยู่นิ่ง เช่น ลวด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

(wire) เหล็กที่เป็นแท่งยาว (pin) สกรู (screw) และแผ่นโลหะตามกระดูก (plate) โดยวิธีการยึดตรึงกระดูกภายในมีหลักการ 2 ข้อ คือ 1.) bone suture คือ การผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดด้วย ลวด หรือสกรู 2.) rigid fixation คือ การผ่าตัดจัดกระดูกให้อยู่คงที่ แล้วยึดตรึงภายในด้วยแผ่นโลหะตามกระดูก และสกรู

ภาวะแทรกซ้อน (Complications) Common complications ที่เกิดได้บ่อยสำหรับกระดูกหักบริเวณนี้ ที่สำคัญเช่น Nerve injuries Penetrating injury เช่น gunshot injury มักเกิด nerve injury บ่อย Malunion มักพบได้บ่อยเมื่อรักษาแบบไม่ผ่าตัด บริเวณที่พบได้บ่อยที่สุดคือ บริเวณ distal third ของกระดูก femur หากวินิจฉัยได้แต่เนิ่น ๆ ควรทำผ่าตัดแก้ไขใหม่ Nonunion อาจเกิดจากกระดูกที่หักมี comminution มากและไม่ได้ใส่ bone graft หรือ implant ที่ใส่มีความผิดพลาดด้าน เทคนิค ทำให้เกิด failure หรือเกิด infection Vascular injuries เส้นเลือดที่มักขาดเป็นประจำคือ Perforating branches ของ deep femoral artery ซึ่งเป็นตัวที่ทำให้เสียเลือด เมื่อกระดูกนี้หัก ส่วน femoral artery มีอัตราการเกิด injury ไม่บ่อยมักเกิดจาก penetrating injury และที่พบได้หลังผ่าตัดคือการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (failed plate) ที่รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดชนิดเปิด และใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกภายใน ซึ่งอาจจะเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเดินลงน้ำหนักก่อนที่กระดูกจะติด ส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 13.3 เกิด แผ่นโลหะตามกระดูกหัก สกรูถอน และหักซ้ำในตำแหน่งเดิม ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวซ้ำ เพื่อผ่าตัดแก้ไข

การสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (failed plate) หมายถึง ภาวะที่แผ่นโลหะสูญเสียหน้าที่ยึด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ประเด็น	กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>1. ระยะแรกรับและก่อนผ่าตัด</p> <p>ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดคันท้องทั้งสองข้าง จากการมีพยาธิสภาพของโรคที่กระดูกคันท้องทั้งสองข้าง ร่วมกับมีภาวะการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก</p>	<p>1.ประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วย</p> <p>2.ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ลักษณะและความรุนแรงของอาการปวด ค้นหาสาเหตุของอาการปวด พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ และเข้าใจถึงสาเหตุ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล</p>

ตรึงกระดูกคันท้องให้อยู่นิ่งก่อนกระดูกติดในแนวปกติได้แก่ แผ่นเหล็กหัก งอ หรือ สกรูถอน เป็นต้น ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวให้เหมาะสม โดยผู้ป่วยต้องไม่เดินลงน้ำหนักก่อนที่กระดูกจะติด

ผลการศึกษา

การศึกษากายภาพบำบัดห้องผ่าตัดผู้ป่วย ที่มี การสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (failure plate) ที่รับการผ่าตัดด้วยวิธีการผ่าตัดชนิดเปิด และใส่แผ่นโลหะยึดตรึงกระดูกภายในแบบเกลียวล็อกจำนวน 1 ราย (Nursing care of ORIF. with Locking Broad plate's operation in failure plate both femurs patient) เป็นผู้ป่วยชาย สัญชาติไทย อายุ 15 ปี วันที่ 6 กันยายน 2560 เวลา 12.10 น. มาโรงพยาบาลตามนัดหลัง ORIF. With plate and Screws at both femur เมื่อ วันที่ 4 มกราคม 2560 จากประวัติว่าจี้จกรยานยนต์ชนรถยนต์ มี Closed fracture of both shalf femurs เมื่อ 1 มกราคม 2560

ตรวจร่างกายพบว่ามีต้นขาผิดรูปทั้ง 2 ข้าง GCS. E4M6V5 pupil 3 mm RTL.BE. Oxygen sat at room air 100% BP 111/74 mmHg HR 88 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที DTX= 91 มิลลิกรัม/เดซิลิตร Hct.= 35.6% Hb= 11.5 กรัม/เดซิลิตร น้ำหนัก 37 กก. สูง 152 ซม. ปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยาหรืออาหาร

ได้รับวินิจฉัย Closed fracture at shaft of both femurs with failed implant ทำการรักษาโดยผ่าตัด ORIF. With Locking Broad plate of rt. Femur ในวันที่ 13 กันยายน 2560 เวลา 13.00 น. และผ่าตัด ORIF. With Locking Broad plate of lt. Femur ในวันที่ 15 กันยายน 2560

ประเด็น	กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>(failed plate) โดยมีข้อมูลที่น่าสนใจคือ จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดต้นขาทั้งสองข้างมาก ขยับขาไม่ค่อยได้ ตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าท้อแท้ และนอนพลิกตะแคงตัวไปมาบ่อยครั้ง ได้ทำแบบประเมินอาการปวด (pain score 0-10 numerical rating) ผลได้คะแนนเท่ากับ 8 คะแนน รวมทั้งผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย นอนไม่ค่อยหลับ และที่ต้นขาสองข้างมีอาการผิรุขระชัดเจน</p> <p>วัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด และสามารถพักผ่อนนอนหลับได้เป็นปกติ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดลดลง และประเมินแบบประเมินอาการปวด (pain score 0-10 numerical rating) ได้คะแนน น้อยกว่า 5 คะแนน และผู้ป่วยสามารถนอนหลับในเวลากลางคืนได้ 6-8 ชั่วโมง</p>	<p>ผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในแผนการรักษาต่างๆรวมทั้งดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>3. จัดท่าของผู้ป่วย (position) ในห้องพยาบาลให้ผู้ป่วยสุขสบายที่สุด ในลักษณะท่าขาออก ทามุม ประมาณ 10-15 องศา</p> <p>4. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบเหมาะกับการพักผ่อนของผู้ป่วย</p> <p>5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และเวลาเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกาย เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นใจ และกล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเองได้ และบรรเทาอาการปวดจากการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม</p> <p>6. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ปลอดภัย ประคับประคองความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ความจริงใจ ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆตามความเหมาะสม</p> <p>7. พยายามให้กำลังใจ และอธิบายให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค</p> <p>8. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกการหายใจ โดยสูดลมหายใจเข้า-ออก โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง หรือ ลูกบิดบริเวณที่ปวดเบาๆ</p> <p>9. ดูแลความสะอาดร่างกาย รวมทั้งเสื้อผ้าที่สวมใส่ ให้สะอาด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น</p> <p>10. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังให้ยาแก้ปวดต้องประเมินผลของการใช้ยา ถ้าไม่ทุเลาอาการปวดให้รายงานแพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาต่อไป</p> <p>ประเมินผลการรักษาพยาบาล ปัญหาได้รับการแก้ไขแล้ว บางส่วน เนื่องจากยังไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวขาทั้งสองข้างได้ มี pain score เท่ากับ 6 คะแนน และกลางคืนนอนหลับได้เป็นพักๆ</p>
<p>ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง และการรักษาที่ได้รับเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาพยาบาล โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการซักประวัติและตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยสงสัยและสอบถามว่าทำไมถึงมีภาวะกระดูกหักซ้ำได้อีกครั้ง และยังคงถามอีกว่ากระดูกจะสามารถคิดตนเองได้โดยไม่ต้องรับการผ่าตัดได้ไหม แล้วจะเดินได้ เป็นปกติไหม ได้ทำการประเมินผู้ป่วยด้วยการถามเรื่องโรคที่เป็นผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ และทวนสอบเกี่ยวกับแผนการรักษา การผ่าตัดรักษา ผู้ป่วยตอบได้ไม่ครบถ้วน</p> <p>วัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยทราบกระบวนการสมานกันของกระดูกเบื้องต้นหลังการรักษาแล้ว และรับทราบแผนการรักษาโดยการผ่าตัด รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตามมา</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ แสดงความเป็นมิตร ทักทายพร้อมแนะนำตัว และให้ความเป็นกันเอง</p> <p>2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ยอมรับในพฤติกรรมและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย</p> <p>3. อธิบายเรื่องโรค แนวทางการรักษาพยาบาลอย่างคร่าวๆ และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่า แพทย์และพยาบาลจะให้การรักษาพยาบาลอย่างดีที่สุด</p> <p>4. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยบอกให้ทราบทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ และสอบถามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป</p> <p>5. พยายามให้ความสนใจและให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ</p>

ประเด็น	กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>เกณฑ์การประเมินผล การทวนสอบเกี่ยวกับแผนการรักษาในครั้งนี้ผู้ป่วยเข้าใจถามตอบได้ ผู้ป่วยคลายความกังวล และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทางที่ผ่อนคลาย และแสดงออกด้วยวาจาว่าสบายใจขึ้น และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น</p>	<p>6.ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย</p> <p>ประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีสีหน้าที่ทางสดชื่นขึ้น พุดคุยได้ตอบมากขึ้น และผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับโรคที่ป่วยอยู่ได้</p>
<p>ปัญหาที่ 3 การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบกพร่องเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดอาการปวดและมีอาการขาอ่อนแรงร่วมด้วย โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการซักประวัติและตรวจร่างกายคือ ผู้ป่วยบอกว่าลุกเดินไม่ได้ ต้นขาทั้งสองข้างปวดมากและไม่มีแรง ตรวจพบมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยซึ่งเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้ป่วยเริ่มมีสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสมเช่นไม่ได้แปรงฟัน ไม่ได้อาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่สะอาด และมีกลิ่นตัว เป็นต้น</p> <p>วัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตนเองได้</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ภายใต้ข้อจำกัดจากพยาธิสภาพที่เจ็บป่วย และผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดีขึ้นเช่นสภาพร่างกายสะอาด เป็นต้น</p>	<p>ประสานและร่วมวางแผนกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 2.ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว และเปลี่ยนอิริยาบถของร่างกายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกล้าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายด้วยตนเอง และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น การช่วยพยุงเดินไปห้องน้ำ 3.จัดสุขของใช้ข้างเตียงให้ผู้ป่วยใช้งานได้สะดวก 4.ดูแลผู้ป่วยให้บรรเทาอาการปวดต้นขา เพื่อที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สะดวกยิ่งขึ้น 5.ระวังเรื่องอุบัติเหตุต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การตกจากเตียง โดยทำการยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง การลื่นหกล้ม โดยการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยจะต้องลุกออกจากเตียง และต้องป้องกันไม่ให้พื้นลื่น หรือมีสิ่งของวางเกะกะขวางทางเดิน เป็นต้น <p>การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมตามข้อจำกัดของภาวะที่เจ็บป่วย เช่นสามารถแปรงฟันได้ ล้างหน้าได้ หรือเช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าได้ ผู้ป่วยไม่ประสบอุบัติเหตุต่างๆในขณะที่ทำการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดี</p>
<p>ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ และวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดรักษา โดยมีข้อมูลสนับสนุนคือ ผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียดวิตกกังวล บอกว่ากลัวผ่าตัด และสอบถามว่าต้องทำอะไรบ้างเช่นต้องดมยาสลบหรือไม่</p> <p>วัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยคลายความกังวล และให้ผู้ป่วยเข้าใจและยินยอมรับการผ่าตัด</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง สามารถตอบข้อซักถามการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และ ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น และพักผ่อนได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ 2.พุดคุยพร้อมทั้งอธิบายผู้ป่วย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เหตุผลในการผ่าตัด และลดความกลัวการผ่าตัด บอกวัน เวลาในการผ่าตัด ตามที่แพทย์กำหนดไว้ให้ทราบ 3.แนะนำวิธีการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 รักษาความสะอาดร่างกาย ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า โดยการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย สระผม ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น แปรงฟันบ้วนปาก ทำความสะอาดอวัยวะเพศ เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดสำหรับเข้าห้องผ่าตัด และถอนฟันปลอมถ้าผู้ป่วยใส่ฟันปลอม 3.2 ให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารทางปากทุกชนิด ก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักเอาเศษอาหารจากกระเพาะอาหารเข้าหลอดลม ขณะทำการรักษาด้วยการผ่าตัด 3.3 ให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้ารับการผ่าตัด

ประเด็น	กิจกรรมทางการพยาบาล
	<p>และคณาจารย์</p> <p>3.4อธิบายให้ผู้ป่วยทราบขั้นตอนวิธีการผ่าตัดเบื้องต้น พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆเพิ่มเติม</p> <p>4.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ดังนี้</p> <p>4.1ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดที่ต้นขาทั้งสองข้าง และจะมีท่อระบายสารคัดหลั่งหรือเลือดจากแผลผ่าตัดทั้งสองแผล ต่อลงขวดรับเลือด ต้องระมัดระวังไม่ให้ท่อหลุดออกมาขณะขยับตัว</p> <p>4.2เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวแล้วให้ทำการบริหารปอด โดยการสูดหายใจเข้าช้าๆทางจมูกจนปอดขยายตัวเต็มที่สักครู่แล้วค่อยๆผ่อนลมหายใจออกช้าๆทางปากติดต่อกัน 5-10 ครั้ง เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบและโรคแทรกซ้อนของปอด</p> <p>4.3แนะนำเวลาไอให้ไออย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ โดยทำการสูดลมหายใจเข้าลึกๆแล้วกลั้นหายใจนิ่งไว้สักครู่ ใ้ใช้มือปิดปากไอเอาเสมหะออกมาเพื่อลดการสะสมหรือคั่งของเสมหะในหลอดลมหลังการผ่าตัด จะช่วยป้องกันและลดการติดเชื้อที่ปอดหลังผ่าตัดได้</p> <p>4.4ภายหลังการผ่าตัดในระยะแรกแพทย์จะไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยลุกเดิน ผู้ป่วยต้องนอนพักและทำกิจกรรมและกิจวัตรต่างๆบนเตียง เช่นการทำความสะอาดร่างกาย ล้างหน้า แปรงฟัน และการขับถ่าย โดยมีพยาบาลและทีมงานคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย</p> <p>4.5แนะนำและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อแข็งแรง</p> <p>การประเมินผล ผู้ป่วยพูดคุยซักถามถึงข้อสงสัยต่างๆ และรับฟังคำอธิบายอย่างดี และสามารถอธิบายเหตุผลของการเตรียมตัว เพื่อเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น พร้อมทั้งจะรับการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถฝึกการไอและการหายใจได้อย่างถูกวิธี</p>
<p>2. การพยาบาลระยะระหว่างการผ่าตัด</p> <p>ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดยมีข้อมูลสนับสนุนคือ ตรวจร่างกายพบว่ามีการติดเชื้อราที่ผิวหนังบริเวณขาหนีบขนาด 10x10 ตารางเซนติเมตร ซึ่งเป็นบริเวณที่อยู่ใกล้แผลผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด(surgical wound infection)</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแผลติดเชื้อหลังผ่าตัด และหลังติดตามประเมินผลการติดเชื้อหลังผ่าตัดใส่เล็กยึดตรึงกระดูกเป็นเวลา 1 ปี ไม่พบภาวะติดเชื้อ</p>	<p>1.ทำความสะอาดห้องผ่าตัด ด้วยน้ำผสมน้ำยาทำความสะอาดก่อนดำเนินการผ่าตัด</p> <p>2.จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ พร้อมทั้งตรวจสอบสภาพความพร้อมใช้ เช่น วัน เดือน ปี ที่หมดอายุ</p> <p>3.เตรียมผิวหนังผู้ป่วยโดยการฟอกน้ำยาสารละลาย Povidone-iodine บริเวณจากระดับเอวลงมาถึงระดับต่ำกว่าหัวเข่าข้างที่จะดำเนินการผ่าตัด 6 นิ้ว ทั้งด้านหน้า ด้านหลัง ด้านข้าง แล้วทาน้ำยาทาแผลที่มียาฆ่าเชื้อชนิด Povidone-iodine</p> <p>4.ปิดบริเวณที่มีการติดเชื้อราด้วย Ioban antimicrobial Incise Drapes เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อรา</p> <p>5.แพทย์ พยาบาลส่งเครื่องมือ และพยาบาลช่วยผ่าตัด ทำการ</p>

ประเด็น	กิจกรรมทางการพยาบาล
	<p>เปลี่ยนเครื่องแต่งกายเป็นชุดทำงานในห้องผ่าตัด สวมหมวกคลุมเข้าห้องผ่าตัดให้เรียบร้อยโดยเก็บผมทั้งหมดเข้าในหมวก ปิดปากด้วยผ้าคลุมปากและจมูก(surgical mask)</p> <p>6.ล้างมือก่อนผ่าตัด(surgical hand) โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและใช้เวลาล้างนาน 3-5 นาทีและใช้สบู่ล้างมือที่ผสม Povidone-Iodine soap เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาดปราศจากเชื้อ สวมเสื้อผ่าตัด(Gowning)อย่างถูกวิธี สวมถุงมือผ่าตัดปราศจากเชื้ออย่างถูกวิธี(Gloving) และอ้อมเสื้อคลุมผ่าตัด(Complete Gowning) ทำการ Draping เพื่อกำหนดขอบเขตและการรักษา sterie field ระหว่างการผ่าตัด ใช้ sterile drapes แบบ Square draping ติด Ioban antimicrobial Incise drapes บริเวณที่จะลงมีดผ่าตัด และต้องระมัดระวังการปนเปื้อนบริเวณที่มีการติดเชื้อ</p> <p>7.ส่งเครื่องมือโดยใช้หลัก Aseptic technique</p> <p>8.ปิดแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์โดยระมัดระวังไม่ให้มีการปนเปื้อนจากบริเวณที่มีการติดเชื้อ</p> <p>9.หลังผ่าตัดไม่ให้แกะเอาแผล ระมัดระวังขณะจับถ่ายอุจจาระไม่ให้กระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด และทำความสะอาดเมื่อจับถ่ายแล้วเสร็จ</p> <p>10.หลังผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อน นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน งดความเครียด</p> <p>11.หลังผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารจำพวกนม เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม ฝรั่ง เพื่อส่งเสริมการติดของกระดูกและการหายของแผล</p> <p>12.แนะนำเกี่ยวกับการได้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin ขนาด 1 กรัมเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง</p> <p>ผลการประเมิน แผลผ่าตัดแห้ง ไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อหลังผ่าตัด</p>
<p>ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการสูญเสียโลหิตและสารน้ำในระหว่างผ่าตัด โดยมีข้อมูลสนับสนุนคือ เมื่อ 8 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดแบบเปิดและใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในที่ต้นขาทั้ง 2 ข้าง และในการผ่าตัดในครั้งนี้ศัลยแพทย์ต้องลงแผลผ่าตัดที่ตำแหน่งเดิม ทำให้การผ่าตัดมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น และการหักของกระดูกต้นขาครั้งนี้เป็นแบบหักซ้ำที่เดิม และมีการสูญเสียของแผ่นดามกระดูกร่วมด้วย มีผลทำให้การรักษาด้วยการจัดเรียงกระดูกยุ่งยาก จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาผ่าตัดนานมากขึ้นเสี่ยงที่จะสูญเสียโลหิตมากขึ้น</p> <p>วัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล เพื่อลดการสูญเสียโลหิต</p>	<p>1.ตรวจสอบและประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินโอกาสของการสูญเสียโลหิตและสารน้ำในขณะผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล</p> <p>2.จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์การผ่าตัดให้ครบถ้วน พร้อมทั้งตรวจสอบความพร้อมใช้ วันเดือนปีที่หมดอายุตามแผนการรักษา ประกอบด้วย Set Basic Set Explore Bone(ใหญ่) Set Bone forceps Set Compact air Drill Set Locking plate เครื่องจี้ห้ามเลือดด้วยไฟฟ้า และเครื่อง Suction เป็นต้น</p> <p>3.จัดเตรียมแผ่นโลหะดาม(Implant)กระดูกภายในชนิดเกลียวถี๊อด และสกรูยึดแผ่นโลหะดามกระดูกตามแผนการรักษา</p>

ประเด็น	กิจกรรมทางการพยาบาล
<p>และสารน้ำในขณะผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การประเมิน สัญญาณชีพปกติ ค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น(Hct.) ไม่ลดลงมากจากค่าปกติ และมีการสูญเสียโลหิต (estimate blood loss)ไม่มาก</p>	<p>4.ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามขั้นตอนผ่าตัดใส่แผ่น โลหะตามกระดุก ระวังการปนเปื้อน(contamination) ของเครื่องมือ ตามหลัก standard precaution</p> <p>5.ช่วยผ่าตัด โดยระมัดระวังการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการดึงรั้ง ถ่างของอุปกรณ์ Retraction เครื่องจี๊ หรือการวางPlate</p> <p>6.สังเกตความก้าวหน้าของการผ่าตัด คาดการณ์ถึงการสูญเสียโลหิต พร้อมทั้งรายงานต่อวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พร้อมทั้ง จัดหาเครื่องมือ เครื่องใช้ที่จำเป็นและทันเวลา</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสูญเสียโลหิต และมีความเข้มของ เม็ดเลือดแดง</p>
<p>3.การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด</p> <p>ปัญหาที่ 7 ปวดแผลผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยสุขสบายไม่ปวดแผล</p>	<p>1.ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม ให้ขาข้างที่ผ่าตัดกางออก เล็กน้อย วางขาบนหมอนเพื่อลดอาการบวมของแผล</p> <p>2.ดูแลให้ท่าระบายเลือดและสารคัดหลั่งมีการระบายเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>3.แนะนำให้บริหารข้อเท้า กล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อน่อง เพื่อ กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต</p> <p>4.จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเต็มที่</p> <p>5.ฉีดยาแก้ปวดแก้ปวด Pethidine 25 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำ เวลาเมื่อการปวดแผลผ่าตัด และสั่งฉีดยาแก้อาเจียน plasil 10 มิลลิกรัมเข้าหลอดเลือดดำเวลาเมื่อการอาเจียนหลังได้ยาแก้ปวด Pethidine และสังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด</p> <p>ผลการประเมิน ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ปัญหานี้ได้รับการแก้ไข บางส่วนและให้การพยาบาลต่อเนื่อง</p>
<p>ปัญหาที่ 8 สูญเสียโลหิตจากการผ่าตัด</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะสูญเสียโลหิตเพิ่มขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมิน สัญญาณชีพปกติ ค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น(Hct.) ไม่ลดลงมากจากค่าปกติ และมีการสูญเสียโลหิต (estimate blood loss)ไม่มาก</p>	<p>1.ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสังเกตติดตามและเฝ้าระวัง อาการอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยการตรวจวัดและบันทึก สัญญาณชีพ ถ้าผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทราบทันที</p> <p>2.ติดตามค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น(Hct.) ตามแผนการรักษา</p> <p>3.ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำให้ร่างกายอบอุ่นอยู่เสมอ</p> <p>4.ประเมินและบันทึกปริมาณโลหิตในขวดสุญญากาศ ถ้ามีภาวะ สูญเสียโลหิตมากกว่าปกติให้รีบรายงานแพทย์ทราบทันที</p> <p>5.แนะนำให้รับประทานอาหารที่ส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ดับ ผัก ใบเขียว</p> <p>ผลการประเมิน ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป</p>
<p>4. การพยาบาลระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ</p> <p>ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติ ตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>1.ประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการรักษา การดูแล ตนเองของผู้ป่วย</p> <p>2.แนะนำการหัดเดินในระยะหลังผ่าตัดต้องใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการ เดิน ห้ามเดินลงน้ำหนัก</p> <p>3.แนะนำให้ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติควร</p>

ประเด็น	กิจกรรมทางการพยาบาล
เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวทางการรักษา การดูแลตนเองของผู้ป่วย และใช้ไม้ค้ำยันช่วยในการเดินได้ ไม่เดินลงน้ำหนัก	<p>รีบไปพบแพทย์ทันที</p> <p>4.แนะนำให้ไปทำความสะอาดแผลผ่าตัดที่สถานพยาบาล ไม่ควรล้างแผลเอง</p> <p>5.แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารโปรตีนและแคลเซียม เพื่อเสริมสร้างการสร้างกระดูก</p> <p>ผลการประเมิน ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข</p>

สรุปและอภิปรายผล

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การผ่าตัดใน elective surgery ผู้ป่วยจะได้รับการบริการทุกขั้นตอนของการผ่าตัดอย่างครอบคลุม^(5,6) ประกอบไปด้วย

1.1 การประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการผ่าตัด โดยมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งทำความเข้าใจผู้ป่วย เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน โดยใช้หลักการของ Verification คือการสอบทวนหรือยืนยันตัวผู้ป่วย หัตถการ ตำแหน่ง/ข้าง และ implants/prosthesis ที่ต้องการใช้ให้มีพร้อมในเวลาผ่าตัด Mark site คือการกำหนดให้ผู้ที่ทำหัตถการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งที่จะผ่าตัดอย่างชัดเจน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารต่างๆ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ อภิปราย และวางแผนการผ่าตัดร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในขณะที่ผ่าตัด

1.2 เตรียมความพร้อมพยาบาลผ่าตัดและอุปกรณ์เครื่องมือ โดยพยาบาลผ่าตัดต้องเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ/เครื่องใช้ห้องผ่าตัด และเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการผ่าตัด ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลผ่าตัดได้อย่างครอบคลุมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในกรณีศึกษาเรื่องนี้พบปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด การดูแลตนเองเมื่อได้รับอนุญาตให้กลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน

2. การพยาบาลระยะผ่าตัด ดำเนินการในระยะนี้ โดยเริ่มจากการรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลโดยใช้หลักการของ patient identify เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน รวมทั้งตรวจสอบประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ก่อนการผ่าตัด ได้ดำเนินการให้มีช่วง "ขอเวลานอก" (Time Out) ก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึกและลงมือทำหัตถการ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องตรงกันเกี่ยวกับการจัดทำของผู้ป่วย หัตถการที่จะทำ ตำแหน่ง และ implants โดยดำเนินการโดยใช้เครื่องมือ surgical check lists ร่วมกับแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด

ดำเนินการช่วยผ่าตัดและส่งเครื่องมือผ่าตัดตามแผนการรักษาของศัลยแพทย์ เมื่อสิ้นสุดการทำหัตถการต้องมีการตรวจนับยืนยันจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด ตามแนวทาง Count Procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ดำเนินการให้การพยาบาลหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยการตรวจสอบแผลผ่าตัด ท่อนบายสายสวนต่างๆ และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นล้อนำไฟฟ้าของอุปกรณ์จี้ห้ามเลือดไฟฟ้า บันทึกข้อมูลทางการพยาบาล และส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การดูแลต่อเนื่องตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ให้ข้อมูลและรายงานอาการหรือความผิดปกติต่างๆแก่แพทย์เจ้าของไข้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้การรักษายาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และร่วมวางแผนในการฟื้นฟูสภาพ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับกรผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทำให้ได้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ทราบสาเหตุการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งได้แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะสูญเสียการยึดตรึงของแผ่น โลหะดามกระดูก (failed plate) นำไปสู่การร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในสหสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชวาล จันทะเพชร. (2552). การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ณ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.บมอ. ตั้งแต่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ.2549. *วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินไทย*, 6(2), 13-23.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข*. วันที่ค้นข้อมูล 10 มกราคม 2561, เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index2.html>
3. ต้อม จันทรศัพท์, ณัฐชนก แก่นยิ่ง และพัทยา วัคสิงห์. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่น โลหะดามกระดูกต้นขา ของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์*. วันที่ค้นบทความ 28 มกราคม 2554, เข้าถึงได้จาก <http://drosaceous.blogspot.com/2010/01/blog-post.html>
4. Archer, K., Castillo, R., MacKenzie, E., & Bosse, M. (2006). Gait symmetry and walking speed analysis following lower-extremity trauma. *Physical Therapy*, 86(12), 1630-1640.
5. อรรณณ เถลิมนรัตน์. (2551). *การพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย วยกระดูกต้นขาหักภายหลังใส่โลหะดามกระดูก*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. Winquist RA, Hansen ST Jr. Comminuted fractures of the femoral shaft treated by intramedullary nailing. *Orthopedic Clinics of North America*. 1980; 11: 633-648 (pages 634-641).

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

INDIVIDUAL ATTRIBUTES AND MOTIVATION AFFECTING THE PERFORMANCE OF
HEALTH PERSONNEL IN LONG TERM CARE FOR THE ELDERLY AT THE SUB DISTRICT
HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN PHETCHABUN PROVINCE

สร้อยทอง กันงา¹ ชนะพล ศรีฤชา²

Sroytong Kannga¹ Chanaphol Sriruecha²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 153 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 127 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวิเคราะห์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) พบว่าทุกข้อ มีค่ามากกว่า 0.50 ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในจังหวัดพิษณุโลก วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 23 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 23 เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุमानหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D.=0.43), และ 3.65 (S.D.=0.54) และพบว่าภาพรวมของแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยก้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.557$, $p\text{-value}<0.001$), ($r=0.547$, $p\text{-value}<0.001$) และ ($r=0.501$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ปัจจัยก้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน และปัจจัยก้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 39.8

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว, แรงจูงใจ

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study motivation affecting health care performance of long-term elderly Health Officers at Sub District Health Promotion Hospital. In phetchabun. The samples were 127 personnel randomly selected by systematic random sampling from the 157 population. This study was collecting both quantitative and qualitative data. Focus group guideline was use to collect the data from 12 people's key informants who can provide intensive information on the topics. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in a pilot study of 30 samples in Phitsanulok Province all items of IOC ≥ 0.5 and Alpha Coefficient was at 0.97. Data collected between February. March 23rd, 2017 to April 23rd, 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions.

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results showed that the motivation, and the long-term care level of the registered Public health officer at sub-district health promoting hospital in Phetchabun Province were at high level with averages of 3.52 (S.D.= 0.43), and 3.65 (S.D.=0.54), respectively. The motivation variable, motivation factors, hygiene factors and had moderate positive relationship with long term care of the registered Public health officer at sub-district health promoting hospital in Phetchabun province with ($r=0.557$, $p\text{-value}<0.001$), ($r=0.547$, $p\text{-value}<0.001$) and ($r=0.501$, $p\text{-value}<0.001$), respectively. Two motivation variable; work itself, and company policy and administration Both variables could predict long-term care of the registered Public health officer at sub-district health promoting hospital in Phetchabun Province 39.8

Key words: Long Term Care

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ส่งผลให้ขนาดสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำเป็นจะต้องให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการในระบบสุขภาพของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างภาคีเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้สูงอายุและการบริการที่ครอบคลุม เห็นคุณค่าในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ดี ภายใต้การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพดี มีระบบการดูแลเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าประสงค์อยู่ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ซึ่งชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีศักยภาพสามารถเสริมสร้างสุขภาพ ช่วยลดอาการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในการจัดการปัญหาสุขภาพ⁽¹⁾ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ต้องอาศัยนโยบายต่างๆ ในการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีกระบวนการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)”

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อย่างต่อเนื่องที่มีการเชื่อมโยงในชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ได้ดำเนินงานตามแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ 2) การวางแผนดูแลผู้สูงอายุเฉพาะราย 3) การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 4) การประเมินการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 5) การปรับปรุงการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ซึ่งนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้กำหนดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะ

ยาวเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดระดับจังหวัด และความสำเร็จของการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจะสำเร็จได้ย่อมต้องเกิดจากความรู้และความเข้าใจของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่ช่วยกันขับเคลื่อนซึ่งการดำเนินงานด้านสุขภาพ การปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ด้านของคุณลักษณะส่วนบุคคลถือเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาของการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญที่ทำให้แต่ละบุคคลมีความเหมาะสมกับลักษณะงานของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป⁽²⁾ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขที่มีความเหมาะสมกับงาน ซึ่งคาดว่าจะมีผลสัมฤทธิ์ในทางที่ดีต่อไป ซึ่งด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลมีผู้ทำวิจัย พบว่า มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽³⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ คือ แรงจูงใจในการทำงาน ซึ่ง เฮิร์ชเบิร์กได้กล่าวถึงความต้องการหรือแรงจูงใจที่ปฏิบัติงานของคนมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ประกอบด้วย 1) ด้านความสำเร็จในการทำงาน 2) ด้านการยอมรับนับถือ 3) ด้านลักษณะของงาน 4) ด้านความรับผิดชอบ 5) ด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งและปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) ประกอบด้วย 1) ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านการปกครองบังคับบัญชา 4) ด้านนโยบาย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

และการบริหาร 5) ด้านสภาพการปฏิบัติงาน 6) ด้านสถานภาพของวิชาชีพ 7) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน 8) ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว⁽⁴⁾ ซึ่งแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้ในการปฏิบัติงานให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ แรงจูงใจที่มีผลต่องานที่ปฏิบัติโดยมีผู้ทำวิจัย พบว่า แรงจูงใจนั้นมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงกับการดำเนินงานทางด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าด้านปัจจัยจูงใจมีผลต่องานที่ปฏิบัติ อาทิเช่น ด้านความสำเร็จในการทำงาน และด้านลักษณะของงาน⁽⁶⁾ ในด้านการยอมรับนับถือ⁽⁷⁾ ด้านความรับผิดชอบ⁽⁸⁾ และในด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง⁽⁹⁾ โดยนอกจากนี้ยังได้พบว่าปัจจัยค่าจูงซึ่งมีผลต่อการดำเนินงาน อาทิเช่น ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน^(9,10) นโยบายและการบริหาร^(7,8) ด้านสถานภาพของวิชาชีพ และในด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว

จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 11 อำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 153 แห่ง จากการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (Contracting unit for primary care หรือ CUP) ประจำปี 2559 ตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ พบว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 27.9 (ร้อยละ 30) และโดยส่วนใหญ่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ร้อยละ 73.1⁽¹¹⁾ มีการคัด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กรองระบบสุขภาพของผู้สูงอายุตามการประเมินกิจกรรมประจำวันที่ไม่ทันเวลาในการบันทึกข้อมูลของระบบรายงานการคัดกรองที่เป็นประเด็นปัญหา เกิดความล่าช้าในการวางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องนั้น ควรมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายให้มีการวางแผนในการปรับปรุงพัฒนาการให้บริการมากขึ้น มีการคัดกรองประเมินระบบสุขภาพตามกิจวัตรประจำวัน การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ เฉพาะราย การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และมีการประเมินผลการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการพัฒนางานอย่างมีคุณภาพ เนื่องจากยังเห็นภาพการขับเคลื่อนร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ยังไม่ชัดเจน ควรเสริมพลังและพัฒนาศักยภาพในทีมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ระดับตำบลมุ่งให้เกิดความยั่งยืน

จากผลการประเมินและข้อเสนอแนะดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนางานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง มุ่งเน้นด้านสุขภาพร่วมกันทุกภาคส่วน ในระดับตำบล โดยบุคลากรที่เป็นผู้ประสานงานและมีบทบาทการดำเนินงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆในระดับตำบลให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงตามบริบทแต่ละพื้นที่ ให้ดีขึ้นต่อไป

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 153 คน⁽¹¹⁾

กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ

(Multiple regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)⁽¹²⁾ จากสูตร

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ

$$\lambda = \lambda_L \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์อธิบายสมการถดถอยจากงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ใกล้เคียงกับเรื่องที่ศึกษาหรือเป็นสมมติฐานของนักวิจัยเองว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดที่มีอยู่จะสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้อย่างน้อยที่สุดเท่าใด ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่จะศึกษาการตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model = 0.497 ได้ใช้การศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันกับงานวิจัยที่ศึกษา

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) = 0.031

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R_{Change}^2) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ = 0.466

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire)

ประกอบด้วยข้อมูลทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ และ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ แผลผล

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เขต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น เท่ากับ 127 ตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จัดทำฉลากตามรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พร้อมระบุรายชื่ออำเภอ และรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดจำนวน 153 คน ใส่ในภาชนะที่มีความทึบแสงแล้วนำมาจับฉลากโดยไม่ใส่คืนกลับให้ได้ตามขนาดของตัวอย่างที่คำนวณไว้คือ 127 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัย

พิจารณาคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนรวมทั้งสิ้น 12 คน และเป็นผู้ที่ยินดี และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

โดยการนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ ดังนี้

ระดับ	ช่วงคะแนน
มากที่สุด	4.50 - 5.00
มาก	3.50 - 4.49
ปานกลาง	2.50 - 3.49
น้อย	1.50 - 2.49
น้อยที่สุด	1.00 - 1.49

ชุดที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีทั้งหมด 2 ส่วน คือ ส่วน ที่ 1 เป็นคำถาม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เกี่ยวกับแรงจูงใจ และส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่มซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.50 ได้ทดลองใช้ (Try Out) จำนวน 30 คน ที่อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Stepwise multiple linear regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยื่นขออนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขอรับการพิจารณาและได้รับการรับรองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602030 และได้เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 23 มีนาคม 2560 ถึง วันที่ 23 เมษายน 2560

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.7 อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.4 อายุเฉลี่ย 39.68 ปี (S.D.= 9.30 ปี)

อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 58 ปี สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 61.4 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 76.4 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.8 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.0 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 1.71 ปี (S.D.= 0.46 ปี) และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 70.9 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 77.8

2. ระดับระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.52 (S.D.= 0.43) ซึ่งมีแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.63 คะแนน (S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.96 คะแนน (S.D.= 0.58) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D.=0.53) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ค่าเฉลี่ย 3.34 คะแนน (S.D.=0.63) และด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง ค่าเฉลี่ย 3.36 คะแนน (S.D.=0.67) ตามลำดับ และพบว่าแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41 คะแนน (S.D.=0.50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 คะแนน (S.D.= 0.64) รองลงมาคือ ด้านการปกครองบังคับบัญชา ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D.=0.60) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ค่าเฉลี่ย 2.54 คะแนน (S.D.=0.86) และด้านสภาพการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 3.28 คะแนน (S.D.=0.69) ตามลำดับ

3. ระดับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.65 คะแนน (S.D.=0.54) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง อยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ค่าเฉลี่ย 3.85 คะแนน (S.D.=0.60) รองลงมาคือ การให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.65 คะแนน (S.D.=0.63) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การปรับปรุงในการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (S.D.=0.63) และการประเมินผลการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ย 3.58 คะแนน (S.D.=0.2) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ของคุณลักษณะส่วนบุคคลและการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ และในรายด้าน พบว่า ไม่มีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson (1990)

4.2 แรงจูงใจ พบว่า ในภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.557$, $p\text{-value}<0.001$) โดยภาพรวมของปัจจัยจูงใจ พบว่า มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.547$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้าน มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง เรียงตามลำดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($r=0.512$,

$p\text{-value}<0.001$) ด้านการยอมรับนับถือ ($r=0.423$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านความรับผิดชอบ ($r=0.386$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านลักษณะของงาน ($r=0.385$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ยกเว้นด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.278$, $p\text{-value}=0.002$) ส่วนปัจจัยด้านอื่น โดยภาพรวมพบว่า มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.501$, $p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($r=0.509$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านการปกครองบังคับบัญชา ($r=0.489$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($r=0.421$, $p\text{-value}<0.001$) ด้านนโยบายและการบริหาร ($r=0.386$, $p\text{-value}<0.001$) และด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ($r=0.351$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ($r=0.290$, $p\text{-value}=0.001$) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($r=0.269$, $p\text{-value}=0.002$) และด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ($r=0.235$, $p\text{-value}=0.008$) ตามลำดับ สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson (1990)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่ม
ติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (<i>r</i>)	<i>p</i> -value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ (หญิง)	0.050	0.579	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.016	0.859	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพ (คู่)	-0.110	0.218	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา(ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า)	-0.022	0.810	ไม่มีความสัมพันธ์
ตำแหน่ง (พยาบาลวิชาชีพ)	-0.137	0.126	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.112	0.210	ไม่มีความสัมพันธ์
การได้รับการอบรม (เคย)	0.102	0.254	ไม่มีความสัมพันธ์

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจกับการปฏิบัติงานการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ
ระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (<i>r</i>)	<i>p</i> -value	ระดับ ความสัมพันธ์
ปัจจัยจูงใจ	0.547**	<0.001	ปานกลาง
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.512**	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านการยอมรับนับถือ	0.423**	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านลักษณะของงาน	0.385**	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านความรับผิดชอบ	0.386**	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.278**	0.002	ต่ำ
ปัจจัยค้ำจุน	0.501**	<0.001	ปานกลาง
1. ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	0.235**	0.008	ต่ำ
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.269**	0.002	ต่ำ
3. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.489**	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านนโยบายและการบริหาร	0.386**	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.421**	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	0.290**	0.001	ต่ำ
7. ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.351**	<0.001	ปานกลาง
8. ด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว	0.509**	<0.001	ปานกลาง
ภาพแรงจูงใจ	0.557**	<0.001	ปานกลาง

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ของแต่ละบริบทในพื้นที่ อาจส่งผลให้มีการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างกัน คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าเพศหญิงมากกว่าเพศชาย รวมถึงอายุ ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ซึ่งเป็นนโยบายหลักที่ต้องเข้าใจและรับทราบกันอย่างทั่วถึง มีระบบการกำกับติดตามสม่ำเสมอจากหน่วยงานบังคับบัญชา จากผลการศึกษาที่พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ และถูกเลือกเข้าสมการคือ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ($p\text{-value}=0.013$) ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา($p\text{-value}=0.007$) ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน ($p\text{-value}=0.030$) และปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ($p\text{-value}=0.038$) สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 39.8

ดังนั้น ในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ควรพิจารณาปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน และปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ควรกำหนด

ให้ผลการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง เป็นตัวชี้วัดที่มีผลต่อการประเมินความดีความชอบ และการเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ควรวิเคราะห์ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติงานตามบทบาทวิชาชีพ เพื่อกระจายงานและมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง ที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรสามารถใช้ความคิดริเริ่มในการปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการขอความร่วมมือต่างๆ ให้เข้าใจลักษณะของการดำเนินงานมากขึ้น รวมไปถึงการกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการดำเนินงาน

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรกำหนดให้ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ควรมีการอบรมเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากรในทุกวิชาชีพในการอบรมผู้จัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Manager) เนื่องจากยังขาดแคลนบุคลากรซึ่งอาจส่งผลให้ต้องใช้เวลาส่วนตัว นอกเวลาราชการในการปฏิบัติงาน อาจกระทบต่อชีวิตส่วนตัวและครอบครัว

5. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care manager) เพื่อส่งเสริมให้ผลการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว มีระดับการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น

5. ควรมีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในชุมชนเพื่อพัฒนาการสร้างเครือข่ายในการมีส่วนร่วมของชุมชน

6. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว กลุ่ม คิดบ้าน และกลุ่มคิดเตียงระดับอำเภอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ชนะพล ศรีฤทธา รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักษ์ บัวผัน และอาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ กราบขอบพระคุณคณาจารย์

คณะสาธารณสุขทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ ความเมตตา อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอด หลักสูตร และขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบูรณ์ ทุกท่าน และสาธารณสุขอำเภอเมือง ที่ให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง และทุกท่านที่มีได้ กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษาวិทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ.2555 – 2559. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555.
2. Schermerhorn, R., Hunt, G., & Osborn, N. **Organization behavior**. New York: Jonh Wiley & Sons, 2003.
3. วันเพ็ญ ภูผาพันธ์ และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารงานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย มข.*, **16(6)**, 2554. 739-748.
4. ฐาตุร เกษิต และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการ บริการและบริหารการเงินการคลังโดยใช้เศรษฐกิจพอเพียงของหัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, **8(4)**, 2551. 28-39
5. วิชวีรธรรม จันทะวงศ์ และประจักษ์ บัวผัน. การดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จังหวัด อุตรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, **8(2)**, 2558. 128-137.
6. ศุภชัย หมั่นมาและประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, **14(2)**, 2557. 71-84.
7. กิตติมา ก้านจักร และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการบริหารงานโครงการ To Be Number One ของคณะกรรมการ ดำเนินงานโครงการ To be Number One จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, **13(2)**, 133-142
8. พิมพ์วรา สิงห์วิวัฒน์ และประจักษ์ บัวผัน. การประเมินผลงานการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, **8(3)**, 2555. 267-280.
9. ใจรัก กาญจนะ และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานคุณภาพระบบยาตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเภสัช กรโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12. *วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, **12(4)**, 2555. 53-64.
10. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, **13(2)**, 2556. 109-120.

11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. **สรุปและประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ (Contracting unit for primary care หรือ CUP) ประจำปี 2559.** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. 2559 เอกสาร
อัดสำเนา
12. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

Cultural Competence Concept

ธนิดา คงสมัย¹ อังสินันท์ อินทรกำแหง² จรัส อุ่นจิตวิวัฒน์³

Thanida Khongsamai¹ Ungsinun Intarakamhang² Jarun Ounthitawat³

บทคัดย่อ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและส่งเสริมอุตสาหกรรมศูนย์กลางการแพทย์ ทำให้มีชาวต่างชาติหลากหลายวัฒนธรรมเดินทางมารับบริการในประเทศไทยเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลเอกชนเป็นกลไกสำคัญในการนำประเทศไทยสู่เมดิคัลฮับ ดังนั้นพยาบาลมีความจำเป็นในการพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิหลังความคิด ความเชื่อด้านการดูแลสุขภาพ หลักปฏิบัติทางศาสนา วิถีชีวิตที่แตกต่างกันเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดี มีความปลอดภัยและมีความพึงพอใจ

คำสำคัญ: แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม, สมรรถนะด้านวัฒนธรรม, สมรรถนะ

Abstract

Nurses are healthcare providers who increasingly have to provide services to patients from diverse cultural background. Due to the change in the ASEAN community and Medical hub so many foreigners come to Thailand for medical services. Private hospitals are an important tool to Medical hub in Thailand. It is important for nurses to be cultural competence to take care of patient diversity cultural according to belief and need of patients from different cultures for good outcomes, safe and satisfied.

Keywords: Cultural Competence Concept, Cultural Competence, Competence

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹นิติตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล:

thanidaphd@gmail.com

²รองศาสตราจารย์ ดร.ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: ungsinun@gmail.com

³ดร.ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: jarun@swu.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มกำหนดนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 2546 ระบุยุทธศาสตร์สร้างความเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจในภูมิภาคแนวทางการพัฒนาสร้างความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ส่งเสริมอุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร โรงพยาบาลเอกชนเป็นตัวแปรสำคัญที่สร้างรายได้ให้ประเทศมากถึง 1.4 แสนล้านบาท นอกจากนี้ยังมีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนสำคัญของแผนงานเมดิคัลฮับ อีกทั้งโรงพยาบาลเอกชนยังมีการพัฒนาต่อเนื่องในเรื่องมาตรฐานรักษาความปลอดภัย พร้อมเน้นการใช้วิทยาการทางการแพทย์ที่ทันสมัยจนได้รับการรับรองมาตรฐานนานาชาติแบบ JCI (Joint Commission International) นอกจากนี้ยังผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพระดับสากลของกลุ่มในประเทศยุโรป DNV GL Accreditation เป็นแห่งแรกในอาเซียน จะเห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนมีความพร้อมรองรับชาวต่างชาติที่จะมารักษาจากทั่วโลก ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนเป็นกลไกสำคัญในการนำประเทศไทยสู่ Medical Hub อันดับ 1 มีชาวต่างชาติมารับบริการมากกว่าประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศที่มีความพร้อมมากที่สุดในประเทศอาเซียนต่อการเป็นเมดิคัลฮับ⁽¹⁾ ปัจจุบันมีจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 343 แห่ง โดยตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวน 104 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40.2 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งประเทศมีการแข่งขันดึงดูดนักท่องเที่ยวและการให้บริการแบบครบวงจร⁽²⁾

การเปลี่ยนแปลงแข่งขันการให้บริการนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ กลุ่มต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย การให้บริการดูแลรักษาโรคที่มีความซับซ้อนส่งผลต่อวิชาชีพพยาบาล ทำให้พยาบาลต้องเข้าไปดูแลสุขภาพของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พยาบาลจึงต้องมีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมทางด้านบริการพยาบาล นอกจากนี้จะต้องผลิตพยาบาลให้มีจำนวนมากเพียงพอกับความต้องการแล้ว ควรมีการส่งเสริมการพัฒนาพยาบาลให้มีความไวทางวัฒนธรรม พัฒนาสมรรถนะด้าน

วัฒนธรรม เพื่อให้มีความรู้ ทักษะด้านวัฒนธรรม มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารภาษาต่างชาติ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย⁽³⁾

แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม

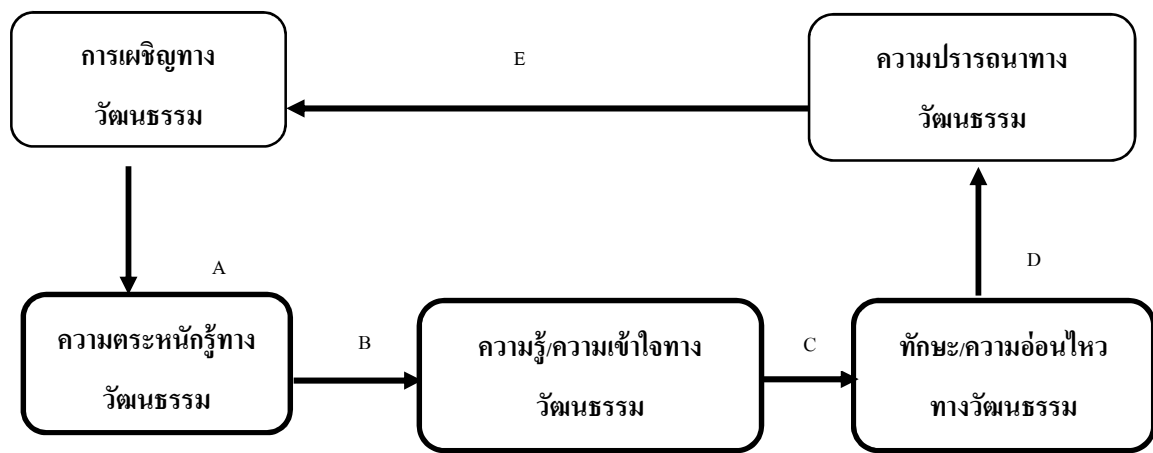
ในปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้รับบริการหลายชนชาติที่เดินทางจากทั่วโลก ทำให้พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความหลากหลายวัฒนธรรม ซึ่งพยาบาลต้องนำค่านิยมทางวัฒนธรรมมาวางแผนการดูแลรักษา เนื่องจากวัฒนธรรมทำให้คนกลุ่มหนึ่งมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมแตกต่างกันของคนในสังคมต่างกัน เนื่องจากปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมืองและสังคมที่ต่างกัน⁽⁴⁾ ความสำคัญของปัจจัยเชิงวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือการให้ความหมายต่ออาการ การรับรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้การรักษาที่เหมาะสม บทบาททางเพศ การมีอิสระที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมกับสมาชิกด้านครอบครัว การกำหนดเป้าหมายการรักษาและป้องกันด้านสุขภาพ การแสดงความเจ็บป่วยและการจัดการความเจ็บปวด อาหารและการกำหนดควบคุมอาหาร แนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย ความคาดหวังต่อบุคลากรทางสุขภาพ จะเห็นว่าวัฒนธรรมมีผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบการให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

การดูแลผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมของไลนินเจอร์ เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่เน้นจุดเด่นด้านวัฒนธรรม เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ในปัจจุบันความสำคัญของการพยาบาลหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นความจำเป็นอย่างมาก พยาบาลวิชาชีพที่ต้องตระหนักรู้เข้าใจวัฒนธรรมของตนเอง และมีความไวทางวัฒนธรรม เพื่อที่จะนำไปสู่การเข้าใจและยอมรับความแตกต่างสามารถให้การดูแลสอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต หลักปฏิบัติทาง

ศาสนาของผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ทำให้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

จากการประมวลเอกสารพบว่า แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เป็นทัศนคติ ความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการคุณภาพในการดูแลในประชากรหลากหลายวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายการศึกษาทางการแพทย์ในการดูแลในสังคมพหุวัฒนธรรม แนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรมนำมาใช้ผสมผสานสู่หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อการเตรียมพร้อมทางด้านบริการพยาบาล⁽⁶⁾ ซึ่งแคมพินฮา-บาโคท⁽⁷⁾ ได้อธิบายองค์ประกอบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของบริการดูแลทางสุขภาพของ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่มีปฏิสัมพันธ์กันดังนี้คือ ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture

Awareness) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural Knowledge) ทักษะทางวัฒนธรรม (Culture Skill) การเผชิญทางวัฒนธรรม (Cultural Encounters) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural Desire)⁽⁸⁾ ได้นำแนวคิดนี้มาบูรณาการและจัดเรียงใหม่จากการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้ทฤษฎีฐานราก พบว่าสมรรถนะด้านวัฒนธรรมประกอบด้วย 1) การเผชิญทางวัฒนธรรม (Cultural Encounter) 2) ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture Awareness) 3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural Knowledge/Understanding) 4) ทักษะและความไวต่อวัฒนธรรม (Culture Skill/Sensitivity) 5) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural Desire) (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 วงจรกระบวนการสมรรถนะด้านวัฒนธรรม⁽⁸⁾

นอกจากนี้ก็มีศึกษาของไค⁽⁹⁾ เกี่ยวกับแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม หมายถึง เป็นความสามารถของพยาบาลจะดูแลผู้ป่วยที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมแตกต่างอย่างมีคุณภาพปลอดภัย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังต่อไปนี้เกิดขึ้นมาก่อน ได้แก่ ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture Awareness) ความไวทางวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural Knowledge) ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม (Culture Skill) และกระบวนการพลวัต (Dynamic Process) ซึ่งประกอบด้วย ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (Cultural Diversity) การ

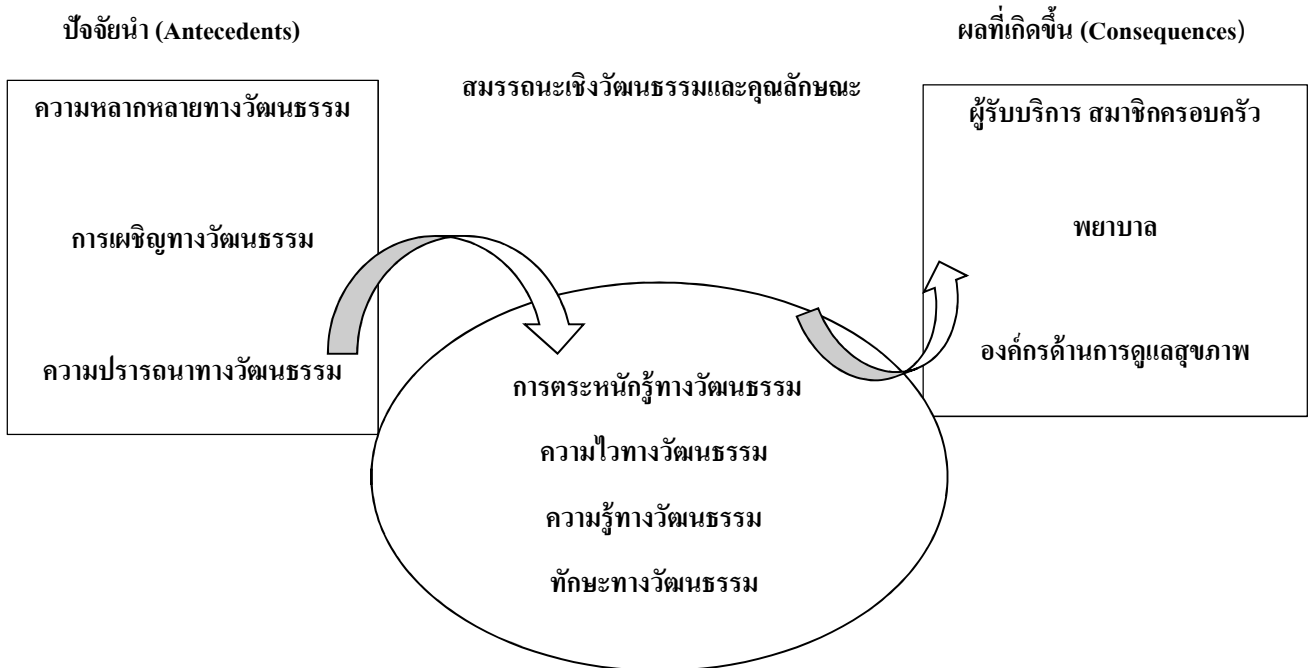
เผชิญวัฒนธรรม (Cultural Encounters) ความปรารถนาทางวัฒนธรรม (Cultural Desire)

ความหมายขององค์ประกอบสมรรถนะด้านวัฒนธรรมมีดังนี้คือ 1) ตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Culture Awareness) หมายถึง เป็นการพัฒนาการมีสติรู้คิดของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน พยาบาลควรสำรวจว่าวัฒนธรรมใดเหมือนหรือแตกต่างเพื่อจะได้เข้าใจค่านิยมความเชื่อ การปฏิบัติของวัฒนธรรมกลุ่มอื่นๆ 2) ความไวทางวัฒนธรรม (Cultural Sensitivity) หมายถึง พยาบาลมีความรู้สึกพอใจยินดี แสดงออกถึง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ความเคารพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยแตกต่างวัฒนธรรม ด้วยความอบอุ่นใจ 3) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural Knowledge) หมายถึง พยาบาลมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมต่างๆของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยมและพฤติกรรมการแสดงออกที่จำเป็น ในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ผู้ป่วยว่าการกระทำใด ควรทำ หรือไม่ควรทำ เช่น การรับประทานอาหาร การสื่อสาร มารยาทอื่นๆ ซึ่งพยาบาลต้องเตรียมตนเองเรื่องความรู้เชิงวัฒนธรรมเพื่อสร้างความไว้วางใจในการให้การดูแลตามความต้องการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม 4) ทักษะในการดูแลทางวัฒนธรรม (Culture Skill) เป็นความสามารถในการประเมินรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมาวางแผนเตรียมให้การดูแลได้อย่างถูกต้องอย่างเหมาะสม ทั้งนี้การสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพทั้งวงนะภาษาและอวงนะภาษารวมทั้งการสื่อสารผ่านล่ามแปลภาษาให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน 5) กระบวนการที่เป็นพลวัต (Dynamic Process) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ความแตกต่างวัฒนธรรมของผู้ป่วยซึ่งมีความต้องการดูแลและมีความคาดหวังที่รับการบริการจากพยาบาลผู้มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วย การเผชิญทางวัฒนธรรม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ความปรารถนาทางวัฒนธรรม หมายถึง แรงจูงใจที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ทำให้เกิดเรียนรู้กลายเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural Competence Concept Diagram)

การพัฒนาสมรรถนะด้านการตระหนักรู้ถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ในประเทศไทยมีการศึกษาของวिरุข วิบูลย์พันธุ์เกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีองค์ประกอบสมรรถนะที่สำคัญ 7 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะด้านการรับรู้ความต่างทางวัฒนธรรม สมรรถนะ

ด้านการติดต่อสื่อสาร สมรรถนะด้านการคิดริเริ่ม นวัตกรรมกรให้บริการ สมรรถนะด้านการบริหารความเสี่ยง สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านกระบวนการพยาบาล และสมรรถนะด้านจริยธรรม⁽¹⁰⁾ จากการประมวลเอกสารจะเห็นว่าการพัฒนาสมรรถนะด้านการตระหนักรู้ถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มี

วัฒนธรรมแตกต่างกัน เนื่องจากการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural Awareness) เป็นรากฐานของการติดต่อสื่อสารและเป็นแกนกลางเมื่อเราต้องติดต่อกับคนที่มีความวัฒนธรรมต่างกัน เป็นการตรวจสอบและสำรวจตนเองในเชิงลึกถึงอคติ ความลำเอียงต่อวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ในการดำเนินปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม (Cultural Encounters) Giger and Davidhizar Transcultural Model อธิบายหลักการประเมินเมื่อต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม 6 มิติได้แก่ มิติด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) มิติด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว (Space) มิติด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment control) มิติด้านองค์กรทางสังคม (Social organization) มิติด้านเวลา (Time) มิติด้านมิติด้านเวลา (Time) ของคนต่างวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน มิติด้านการผันแปรทางชีวภาพ (Variations Biological) ⁽¹¹⁾ และแนวคิดของ เฟอร์เนลล์ ⁽¹²⁾ ซึ่งอธิบายองค์ประกอบในตัวบุคคลที่พยาบาลต้องประเมิน ด้านวัฒนธรรม มี 12 ส่วนคือ 1) แหล่งที่อยู่อาศัย ประเพณี (Overview/Heritage) 2) การติดต่อสื่อสาร (Communication) 3) บทบาทและหน้าที่ในครอบครัวหรือในองค์กร (Family Roles Andorganization) 4) หน้าที่การงาน อาชีพ (Workforce Issues) 5) ลักษณะทางชีวนิเวศวิทยา (Biocultural Ecology) 6) พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (High-risk Behaviors) 7) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) 8) การตั้งครรภ์และการคลอด (Pregnancy and Childbearing Practices) 9) พิธีกรรมเกี่ยวกับการตาย (Death Rituals) 10) จิตวิญญาณ (Spirituality) 11) การดูแลสุขภาพ (Health Care Practice) 12) ผู้ให้การดูแลสุขภาพ (Health Care Practitioners) นอกจากนี้ครีชลิน กิลเบิร์ตและคณะ ⁽¹³⁾ กล่าวว่า ผู้ดูแลควรจะต้องผสมผสานบูรณาการในประเด็นที่เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health – Related Beliefs) ค่านิยมทางวัฒนธรรม (Cultural Values), อุบัติการณ์โรคและอัตราชุก (Disease Incidence and Prevalence) และประสิทธิภาพการรักษาจะช่วยทำให้การประเมินการรักษาและการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพตอบสนองกับความต้องการของผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมแตกต่างกัน ดังนั้น

พยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมและสามารถประเมินทางด้านวัฒนธรรม ทำให้มีผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ผู้รับบริการปราศจากความรู้สึกไม่เสมอภาค (Disparities) อคติลำเอียง รู้สึกมีความพึงพอใจ จากการประมวลเอกสารงานวิจัยจากการศึกษาของเพรพโพซี่ เอสตาซิโอและคณะ ⁽¹⁴⁾ การศึกษาการพัฒนาสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของนักศึกษา พบว่า การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่างวัฒนธรรม การได้รับฝึกอบรม และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม และการศึกษาของ ชิโคลินี เดลลา เฟลลิและคณะ ⁽¹⁵⁾ พบว่า การได้รับฝึกอบรมการมีประสบการณ์ในการปฏิสัมพันธ์กับบุคคล กลุ่มต่างวัฒนธรรม ช่วยให้เรียนรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมที่มีความหลากหลายแตกต่างทั้งเชื้อชาติ ความเชื่อด้านสุขภาพ และหลักปฏิบัติทางศาสนา นอกจากนี้ยังพบอีกว่าระดับการศึกษาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านวัฒนธรรมในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติ

สรุป

พยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม การพัฒนาด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม เป็นกุญแจสำคัญที่จะประเมินตนเองด้านการรู้คิดต่อผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน องค์ประกอบต่อมาคือการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะด้านวัฒนธรรม มีความสามารถในการปฏิสัมพันธ์ติดต่อสื่อสารผู้ป่วยหลากหลายวัฒนธรรม การพัฒนาพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมจำเป็นควรจัดให้มีผสมผสานการเรียนการสอนทางการพยาบาล และการฝึกอบรมในสถานศึกษา หรือการพัฒนาบุคคลกรในโรงพยาบาลหรือองค์กร การให้พยาบาลมีประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสาร อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีบุคคล กลุ่มคนที่มีความต่างวัฒนธรรม การให้พยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ทำให้พยาบาลเรียนรู้การติดต่อสื่อสารภาษาต่างประเทศ ส่งเสริมให้มีสมรรถนะด้านการเผชิญด้านวัฒนธรรม สามารถนำความรู้ความเข้าใจมาประเมินความต้องการด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เพื่อมาวางแผนการดูแลให้บริการสอดคล้องกับความคิด
ความเชื่อ วิถีชีวิต และหลักปฏิบัติทางศาสนาของผู้ป่วย
และครอบครัว ทำให้มีความปรารถนาที่จะมีสัมพันธภาพ
ระหว่างผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม ทำให้เกิดเรียนรู้

กลายเป็นผู้ที่มีสมรรถนะด้านวัฒนธรรม เพื่อให้มี
ประสิทธิภาพที่ดีมีมาตรฐานคุณภาพในปฏิบัติการพยาบาล
ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย มีความพึงพอใจ

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรงพยาบาลเอกชน. โรงพยาบาลเอกชน กลไกสำคัญนำประเทศสู่ "Medical Hub" อันดับ 1. *เดลินิวส์*. 2558.
2. เทวัญ ทะวงษ์ศรี. รายงานสถานการณ์และแนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมไตรมาส 2 ปี 2559. แหล่งข้อมูล : <https://www.gsb.or.th/getattachment/a55e0bb2-842e-4f62-9350-dcb8c8cfd2f2/Paper.aspx> สืบค้นเมื่อ(26 พฤศจิกายน 2560).
3. คณาจารย์ คลเสมอ. บทบาทพยาบาลกับการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน. แหล่งข้อมูล : <https://www.rtcn.ac.th/upload/download/26-07-13-15-36-31-s.pdf> สืบค้นเมื่อ(10 พฤศจิกายน 2559).
4. สุภางค์ จันทวินิช. *ประสบการณ์วัฒนธรรมศึกษา*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี, 2533.
5. วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. พยาบาลกับความแตกต่างทางวัฒนธรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 16(1) : 2541 , 2-6.
6. อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ. การผสมผสานแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 "สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC . 2559 , 1807-1818.
7. Compinha – Bacote, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13 (3): 2002 , 181-184.
8. Change, W. The negative can be positive for cultural competence. *Human Resource Development International*. 10(2) : 2007 , 225-237.
9. Cai, D.Y. A Concept Analysis of Cultural Competence. *International Journal of Nursing Sciences*. 3 : 2016 , 268-273.
10. วีรณัฐ วิบูลย์พันธุ์. สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน. *วิทยานิพนธ์ (พ.ม.) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 2550.
11. Giger, J.N. & Davidhizar, R. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3) : 2002 , 185-188.
12. Purnell, L. The Purnell Model for cultural competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*. 11(2Summer) : 2005, 7-15.
13. Dreachslin, J.L., Gilbert, M.J. et al. Diversity and Cultural Competence in Health Care: a System Approachs. Jossey-Bass, USA. *Journal of Nursing Education*. 53 (6) : 2013 , 320-328.
14. Preposi, J. C., Estacio, J.C, & et al. Predictors of cultural competence among nursing students in the Philippines: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*. 46 : 2016 , 121-126.
15. Cicolini, G., Della Pelle, C., & et al. *Cultural Competence Among Italian Nurse: A Multicentric Survey*. *Journal of Nursing Scholarship*. 47(6) : 2015 , 536-543.

ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

Personal Characteristic And Administrative Factors Affecting Performance Surveillance And Rapid Response Team Sub-District Network Of Health Personnel At Sub-District

Health Promoting Hospital, Udon Thani Province.

ภาณุมาศ ทุมวัน¹ สุวิทย์ อุดมพานิชย์²
Panumat Tumwan¹ Suwit Udompanich²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จากกลุ่มประชากรจำนวน 210 คน และสนทนากลุ่มจากกลุ่มตัวอย่าง 12 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 11 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 10 พฤษภาคม 2560 นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยการบริหาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.58 คะแนน (S.D. = 0.55) ระดับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 คะแนน (S.D. = 0.55) ปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.795$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการและด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 74.2

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร, ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristic and administrative factors affecting performance surveillance and rapid response team sub-district network of health personnel at sub-district health promoting hospital, Udon Thani province. The sample were 87 health personnel random selected by systematic random sampling from the 210 population. The research instruments were the questionnaires. And 12 interviews were collected by research assistant during 11 April 2017 to 10 May 2017. The data was analyzed by descriptive statistics including to acquire percentage, mean, standard deviation, median, percentiles, minimum, maximum, Pearson product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression, determined the statistical significance at 0.05 level.

The result revealed that level overview of administrative factors are good mean = 3.58 (S.D.=0.55) the performance level of surveillance and rapid response team sub-district network overview level good mean = 3.88 (S.D.=0.55) and administrative factors there is a relationship high levels With the performance of surveillance and rapid response team sub-district network of health personnel at sub-district health promoting hospital, Udon Thani province. Statistically significant ($r = 0.795$, $p\text{-value} < 0.001$) including management factor and information technology factors 2 Independent variables Predicted the performance surveillance and rapid response team sub-district network of health personnel at sub-district health promoting hospital, Udon Thani province 74.2 percent.

Keywords: administrative factors, surveillance and rapid response team

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

จากการระบาดของกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) เมื่อปีพ.ศ. 2545-2546 และการระบาดของโรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ มือเท้าปาก คอตีบ และโรคติดต่อต่างๆ ทำให้เป็นที่ตระหนักรู้ว่าโรคภัยไข้เจ็บที่รุนแรง โรคที่ไม่รู้จักหรือโรคที่สงบไปแล้ว มีโอกาสเกิดขึ้นได้ใหม่เสมอ รวมถึงมีระยะเวลาการระบาดของโรคที่รวดเร็วกว่าในอดีต ขณะเดียวกันจากอิทธิพลของระบบข่าวสารที่ทันสมัย ทำให้ข่าวการระบาดของโรคแพร่กระจายไปทางสื่อต่างๆ ทุกทิศทุกทางอย่างรวดเร็ว และไม่สามารถปกปิดได้ ผลก็คือทำให้การแลกเปลี่ยนข่าวสารของโรคระหว่างองค์กรต่างๆ ช่วยพัฒนาความรู้ทางระบาดวิทยาของโรคจนสามารถควบคุมโรคได้ในเวลาไม่นาน แต่ทางตรงกันข้ามข่าวทำให้เกิดความสับสนวุ่นวายในหมู่ประชากร มาตรการและทรัพยากรส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้แก้ไขความตื่นตระหนกมากกว่าการควบคุมโรคที่แท้จริง ภายใต้อิทธิพลของเทคโนโลยีเหล่านี้ สิ่งที่ประจักษ์อีกประการหนึ่งคือ ระบบรายงานที่เป็นทางการต่างๆ รวมถึงระบบรายงานโรคที่มีอยู่ ไม่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วเพียงพอต่อการดำเนินการที่ทันเวลาได้จำเป็นต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคใหม่ให้มีความไวกว่าเดิม โดยใช้ข้อมูลข่าวสารที่มีความไวสูง คือ การนำข่าวลือและข่าวที่ไม่เป็นทางการต่างๆ มาจัดการอย่างเป็นระบบ พัฒนาขึ้นเป็นระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance system) ซึ่งเดิมใช้ระบบรายงานหรือการแจ้งความ (Notification) เป็นหลัก ได้ปรับเปลี่ยนมาให้ความสำคัญกับแหล่งข่าวอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย โดยได้กำหนดไว้ในกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับใหม่ (International Health Regulations, IHR 2005) และได้กำหนดให้เป็นส่วนสำคัญของระบบการเฝ้าระวังและตอบสนองเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขซึ่งประเทศต่างๆ จะต้องพัฒนาสมรรถนะด้านนี้⁽¹⁾

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เป็นกลไกสำคัญในการรับมือกับโรคและภัยคุกคามที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพของประชาชน ในปี พ.ศ. 2548 ได้มีการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เป็น 4

ระดับ คือ อำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลาง จำนวน 1,030 ทีม และในปี พ.ศ. 2554 กรมควบคุมโรค ได้กำหนดนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน จึงจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์สำหรับทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล จำนวน 2,775 ทีม และขยายผลเต็มพื้นที่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ภารกิจสำคัญของทีม SRRT คือการป้องกันควบคุมโรค เน้นการเฝ้าระวังหยุดหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรค โดยเร็ว ความแตกต่างของหน่วยงาน ได้แก่ ทีม SRRT ระดับตำบล/ท้องถิ่น อำเภอ จังหวัด เขต และส่วนกลาง ทำให้จำเป็นต้องมีมาตรฐานทีมเพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน และสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation, IHR2005) นโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ได้ผลักดันให้การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล ต่อไปในอนาคตจำเป็นต้องเน้นคุณภาพในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น⁽²⁾

สำหรับจังหวัดอุดรธานีในปีงบประมาณ 2558 มีการดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ทั้ง 20 อำเภอ ในจังหวัดอุดรธานี และมีการประเมินผลการดำเนินงานประจำปี จากการประเมินอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง มีอำเภอที่ผ่านมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับดี จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40 ในจังหวัดอุดรธานีมีการดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล จำนวน 210 ทีมในแต่ละพื้นที่ทั่วทั้งจังหวัดอุดรธานีนั้นซึ่งการดำเนินงานในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลเป็นส่วนหนึ่งในเกณฑ์การประเมินมาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนที่สำคัญ ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลคือการเขียนรายงานสอบสวนโรคในด้านผลงานในการปฏิบัติงาน และจังหวัดอุดรธานีจะมีการประเมินทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลในปีงบประมาณ 2560 ต่อไป⁽³⁾

ลักษณะส่วนบุคคลของแต่ละบุคคลมีความสำคัญต่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นแกนหลักในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล ได้มีแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร (Individual performance factor) ว่าประกอบด้วย ลักษณะส่วนบุคคล (Individual attributes) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและความสามารถ⁽⁴⁾ และนอกจากปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังพบว่าปัจจัยทางการบริหารเป็นปัจจัยมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เพื่อให้ทีมสามารถดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดผลงานของทีมและส่งผลให้การปฏิบัติงานนั้นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลซึ่งประกอบไปด้วยด้านกำลังคน (Man) ด้านงบประมาณ (Money) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) ด้านการบริหารจัดการ (Management) ด้านเวลา (Time) และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology)⁽⁵⁾

ดังนั้นทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลจำเป็นต้องมีปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) นั้นมีประสิทธิภาพจึงจะสามารถเฝ้าระวังและการควบคุมการระบาดของโรคในชุมชนได้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับของการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล และศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครื่องข่ายระดับตำบล รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลในจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขวางแผนในการบริหารจัดการทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ การบริหารจัดการ เวลา และเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลดีต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำ

ผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์เป็นแนวทางในการพัฒนาและบริหารจัดการทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล จังหวัดอุดรธานีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี จำนวน 210 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน Cohen (1988)⁽⁶⁾

$$\text{สูตร } N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \dots (1)$$

เมื่อ

$$\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots (2)$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 87 คน โดยใช้วิธีการสุ่มเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่จังหวัดหนองคาย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.97 ผู้วิจัยแปลผลโดยจัดเป็น 5 ระดับ โดยใช้ค่าการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของสำเร็จ จันทรสุวรรณ⁽⁷⁾ คือ ระดับมากที่สุด (คะแนน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เฉลี่ย 4.50 - 5.00) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49) และระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49) และนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ดีที่สุด (Key informants) จำนวน 12 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentiles) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) เพื่อใช้ในการอธิบายลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหาร และการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล และใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน Stepwise Multiple Linear Regression Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 11 เมษายน 2560 ถึง วันที่ 10 พฤษภาคม 2560 และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2560 เลขที่ HE602015

ผลการศึกษา

1. ลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.5 อายุระหว่าง 21 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.2 อายุเฉลี่ย 38.05 ปี (S.D. = 10.35 ปี) สถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 62.1 รายได้ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.8 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 26,595.63 บาท (S.D. = 11,158.56 บาท) การศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 80.5 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 67.8 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.7 (Median = 6 ปี Minimum = 1 ปี Maximum = 38 ปี) และได้รับการฝึกอบรม คิดเป็นร้อยละ 96.6 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม ≤ 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 88.1 (Percentiles₂₅ = 1 ครั้ง Percentiles₇₅ = 4.75 ครั้ง Minimum = 1 ครั้ง Maximum = 30 ครั้ง)

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ระดับปัจจัยทางการบริหาร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

การสนับสนุนจากองค์กร	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านบุคลากร	3.60	0.59	มาก
2. ด้านงบประมาณ	3.25	0.86	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.49	0.73	ปานกลาง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ระดับปัจจัยทางการบริหาร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

การสนับสนุนจากองค์กร	Mean	S.D.	การแปลผล
4.ด้านการบริหารจัดการ	3.76	0.62	มาก
5.ด้านเวลา	3.68	0.62	มาก
6.ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ	3.68	0.65	มาก
ภาพรวม	3.58	0.55	มาก

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.58 คะแนน(S.D. = 0.55) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.76 คะแนน (S.D. = 0.62) รองลงมาคือด้านเวลา มีปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 คะแนน (S.D. = 0.62) และด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ มีปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68 คะแนน (S.D. =

0.65) ส่วนปัจจัยทางการบริหารที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านงบประมาณ มีปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.25 คะแนน(S.D. = 0.86)

3. ระดับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ระดับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น	Mean	S.D.	การแปลผล
1. ด้านความเป็นทีม	3.94	0.63	มาก
2. ด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน	3.82	0.65	มาก
3. ด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน	3.88	0.58	มาก
4. ด้านผลงานในการปฏิบัติงาน	3.89	0.62	มาก
ภาพรวม	3.88	0.55	มาก

จากข้อมูลการวิจัย ระดับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.88 คะแนน (S.D. = 0.55) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล อยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านความเป็นทีม ค่าเฉลี่ย 3.94 คะแนน (S.D. = 0.63) รองลงมาคือด้าน

ผลงานในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 3.89 คะแนน (S.D. = 0.62) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D. = 0.65)

4. ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล		แปลผล
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	
ลักษณะส่วนบุคคล			
อายุ	-0.279*	0.009	ต่ำ
รายได้	-0.252*	0.019	ต่ำ
ปัจจัยทางการบริหาร			
ด้านบุคลากร	0.484*	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.457*	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.618*	<0.001	ปานกลาง
ด้านการบริหาร	0.832*	<0.001	สูง
ด้านเทคโนโลยี	0.765*	<0.001	สูง
ด้านเวลา	0.743*	<0.001	สูง

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05

ลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.279$ p-value = 0.009, $r = -0.252$ p-value = 0.019 ตามลำดับ) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และการฝึกอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.795$,

p-value < 0.001) เมื่อพิจารณาปัจจัยทางการบริหาร เป็นรายด้านพบว่า ด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.832$, p-value < 0.001) รองลงมาคือ ด้านเวลา มีความสัมพันธ์ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.765$, p-value < 0.001) ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.457$, p-value < 0.001)

5. ลักษณะส่วนบุคคล และ ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ตาราง 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทางการบริหารกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² Change
1. ด้านการบริหารจัดการ	0.539	0.612	7.874	<0.001	0.832	0.693	-
2. ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ	0.265	0.313	4.028	<0.001	0.862	0.742	0.050

คงที่ = 0.879, F = 121.05, P-value < 0.001, R = 0.862, R² = 0.742, R²_{adj} = 0.736

ผู้วิจัยคัดเลือกเฉพาะตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาอธิบายตัวแปรตาม โดยการเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นๆทีละตัว เรียกว่า Stepwise ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี คือ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการบริหารจัดการ และด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ (p-value < 0.001) ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 74.2

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัญหาการปัจจัยทางการบริหารส่วนใหญ่คือ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ ร้อยละ 30.0 ข้อเสนอแนะ ควรวางแผนจัดสรรบุคลากรในการดำเนินงาน และการจัดอบรมให้ความรู้พัฒนาทักษะในการป้องกันควบคุมโรคแก่บุคลากร ควรมีการวางแผนจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมเพียงพอกับภาระงาน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากภาคีเครือข่าย

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=-0.279, p\text{-value}=0.009$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัฐดา บัวผัน, ประจักษ์ บัวผัน และพรทิพย์ คำพอ⁽⁸⁾ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สันติ ธรรมิ และประจักษ์ บัวผัน⁽⁹⁾ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด รายได้ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=-0.252, p\text{-value}=0.019$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรัสศรี อาจศิริ และประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁰⁾ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล จิตธรรมมาและขณะพล ศรีฤๅชา⁽¹¹⁾ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ ในจังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมของปัจจัยบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=$

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

0.795, p-value < 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล จิตธรรมมาและชนะพล ศรีฤาชา พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดอุดรธานี เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาพร เกสร และชญญา อภิบาลกุล⁽¹²⁾ พบว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล และสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับการศึกษาของศุภชัย หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน⁽¹³⁾ พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ และด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ (p-value < 0.001) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี ได้ ร้อยละ 74.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร เกสร และชญญา อภิบาลกุล พบว่าปัจจัยทางการบริหาร ด้านบริหารจัดการสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ ร้อยละ 73.0 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศุภชัย หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านเทคโนโลยี ปัจจัยเชิงจิต ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และปัจจัยเชิงจิตด้านความสำเร็จในการทำงานสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ ร้อยละ

46.5 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร อะโนและประจักษ์ บัวผัน⁽¹⁴⁾ พบว่า ปัจจัยการบริหารด้านงบประมาณ สามารถร่วมพยากรณ์การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ ร้อยละ 50.0 เช่นเดียวกับการศึกษาของรัชนีกร กุญแจทองและชนะพล ศรีฤาชา⁽¹⁵⁾ พบว่าการสนับสนุนจากองค์กร ด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ได้ ร้อยละ 64.9 อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาลครั้งนี้พบว่า

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการนิเทศ และติดตามผลการปฏิบัติงาน เพื่อการพัฒนาการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลให้บรรลุตามวัตถุประสงค์
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรสามารถมีการวางแผน การปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ เพื่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการติดต่อประสานงานร่วมกับชุมชน และภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และมีการกำหนดเวลาที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการข้อมูล และการติดต่อระหว่างสมาชิกทีมเพื่อความรวดเร็วในการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่าย ควรสำรวจความต้องการใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครื่องข่ายระดับตำบล เพื่อวางแผนจัดหาและสนับสนุนเทคโนโลยีที่ตรงกับความต้องการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล

2. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้

ความรู้ตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณรศ. ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ ที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณดร.สุทิน ชนะบุญ คุณอัครวัฒน์ ตะภูเขียว และคุณบดินทร์ ศรีลุนช่วง ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานีผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค. (ก). แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของSRRT เครือข่ายระดับตำบล. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555
2. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค. (ข). มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT) ฉบับปรับปรุงใหม่ 2555. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. รายงานสรุปผลการประเมินทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วจังหวัดอุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. 2559.(เอกสารอัครานา).
4. Schermerhorn, J.R., Hunt, G., & Osborn, N. **Organizational behavior**. Danver: Wiley, 2003.
5. ประจักษ์ บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2558
6. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavior sciences (2nd ed)**. Hillsdale NJ:Lawrence Erlbaum, 1988.
7. สำเร็จ จันทสุวรรณและสุวรรณบัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น:ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
8. จิริสุตา บัวผัน, ประจักษ์ บัวผัน และพรทิพย์ คำพอ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12. **วารสารวิจัย มข.**, 16(6),2554. 679-692.
9. สันติ ธรณีและประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**,14(1),2557. 89-140.
10. จรัสศรี อาจศิริ และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 16(4),2552. 66-78.
11. พรพิมล จิตธรรมมาและชนะพล ศรีฤาชา. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี. **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น**,22(1), 2557.9-21.
12. สุภาพร เกสร และชญญา อภิปาลกุล. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT)เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557.เอกสารประกอบ.บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 2557.
13. ศุภชัย หมั่นมา และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**,14(2),71-84.
14. รัชนิกร อะโนและประจักษ์ บัวผัน. การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**,8(2),2558. 117-127
15. รัชนิกร ญูแจทอง และชนะพล ศรีฤาชา. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 19(2),2555. 17-26.

ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

Effect of Learning Outcomes as Mediator Factors toward the Academic Achievement

ณัฐฐกรณ์ ปัญจพันธ์¹ ยงยุทธ แก้วเต็ม¹, ฉาวร ล่อกา¹, สุวัตตนา คำสุข¹, วลัยลักษณ์ ขันทา¹, กานต์สิริ นาครักษ์¹

Nutthaporn Panchakhan¹, Yongyuth Kaewtem¹, Thaworn Lorga¹, Suwattana Kumsuk¹, Walailuck Khantha¹, Kansiree Nakkarak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้และปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ที่ผ่านการเรียนในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จำนวน 155 คน ตั้งแต่ สิงหาคม 2559 ถึง – กันยายน 2560 เครื่องมือ คือ แบบสอบถามตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ด้วยแบบสมการโครงสร้าง (SEM) ผ่านโปรแกรม Smart PLS 3.0

ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านทักษะพิสัยที่อยู่ในระดับมาก (2) ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรตามสมการโครงสร้างพบว่า พบว่ามีเพียงทักษะทางปัญญาเท่านั้น (LO3) ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (LO5) ทักษะพิสัย (LO6) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) สำหรับอิทธิพลทางอ้อมจะพบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรกลางที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

คำสำคัญ: สมรรถนะของผู้เรียน, มาตรฐานผลการเรียนรู้, ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

Abstract

The main objectives of this research were to study the level of learners' competencies according to the standards of learning outcomes and the linkages to the six standard learning outcomes that influence students' educational achievement in the 21st century. The second year nursing students in the Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang, who have been trained in 155 persons, Health Promotion and Illness Prevention courses in the theoretical and practical fields from August 2019 to September 2017. The tool is a standardized learning questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, mean, standard deviation and inference analysis with SEM analysis through SmartPLS3.0.

The results of the research revealed that: (1) the level of learners' competencies according to the standard of learning outcomes, most of them are in the middle level. There was only a very high level of domain of psychomotor skills. Only cognitive skills (LO3) have direct influence on interpersonal skills and responsibility (LO4), numerical analysis, communication and information technology skills (LO5), domain of psychomotor skills (LO6) and educational outcome (AA). Only interpersonal skills and responsibility (LO4) are the mediator variables that affect academic achievement. In particular, the transmission of cognitive skills (LO3) to academic achievement (AA).

Keywords: Learners' Competencies, Learning Outcomes, Academic Achievement

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก

บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ในประเทศเพื่อเตรียมกำลังคนให้พร้อมในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยตามนโยบาย “การศึกษาไทย 4.0” โดยจัดการศึกษาด้วยการบูรณาการเชิงสร้างสรรค์เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่โลกยุคดิจิทัลที่เน้นนวัตกรรมและการแข่งขันที่สูงขึ้น และเพื่อให้ประเทศไทยก้าวไปสู่ประเทศที่มีการใช้นวัตกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการขับเคลื่อนประเทศ โดยทักษะของบุคคลที่จำเป็นในยุคการศึกษา 4.0 ได้แก่ การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานร่วมกัน ความฉลาดทางอารมณ์ การรู้จักประเมินและการตัดสินใจ ความยืดหยุ่นทางความคิด⁽¹⁾ ดังนั้นในระบบการศึกษาควรมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะที่หลากหลายทั้งทางปัญญาและทางการสื่อสารที่ไม่ได้เน้นแต่เพียงการเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเฉลียวฉลาดแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง และการเรียนรู้ที่ทรงคุณค่าคือการเรียนรู้ที่ใช้ ‘พลังร่วม’ ในการสร้างสังคมที่เพื่อใช้ศักยภาพของตนเองและบุคคลรอบข้างมาผสมผสานร่วมกัน สอดคล้องกับการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ที่ผู้เรียนต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโลกทัศน์ (Affective Attributes) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Attributes) และพฤติกรรม (Psychomotor Attributes) เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างครบถ้วนในทุกด้าน เป็นการเปลี่ยนแปลงโดยองค์รวม (Holistic Change)⁽²⁾

ปัญหาของระบบการศึกษาที่ผ่านมาคือ การมุ่งเน้นที่การเรียนรู้ในเนื้อหาวิชาในขณะที่ผู้เรียนนั้นยังไม่สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตจริง ซึ่งการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต้องเป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดทักษะต่างๆ ที่จำเป็น โดยเฉพาะทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา รู้จักตัวเอง ควบคุมตนเอง เป้าหมายคือพัฒนาการของผู้เรียนที่ครบทุกด้านและด้านพหุปัญญา (Vicham Panich, 2015)⁽³⁾ นอกจากนี้ในการศึกษาปัญหาการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี นครลำปาง พบว่า นักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะต่างๆ เช่น กระบวนการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา ความมุ่งมั่น ความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ รวมถึงการมีเป้าหมายที่จะบูรณาการสิ่งต่างๆ ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา⁽⁴⁾ จึงมีความจำเป็นต้องปรับกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการฝึกปฏิบัติจริง เพราะการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในสถานการณ์จริง เพื่อแสวงหาความรู้ หรือข้อมูลที่จะแก้ปัญหานั้นๆ ด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยฝึกทักษะต่างๆ ที่เป็นการสร้างทักษะชีวิตให้กับตนเอง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงจะส่งผลให้ผู้เรียนให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ ใฝ่รู้ สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น และมุ่งมั่นพัฒนาทักษะกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและเรียนรู้การทำงานเป็นทีม⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดในเรื่องการเพิ่มสมรรถนะของผู้เรียน (Competencies of learners) ที่มุ่งเน้นคุณลักษณะที่ผู้เรียนทุกคนมีและใช้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อผลักดันให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาที่เน้นมาตรฐานผลการเรียนรู้ทางการศึกษา ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะพิสัย⁽⁶⁾ ดังเช่นในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ที่มีจุดมุ่งหมายของการศึกษาดมรายละเอียดหลักสูตร มคอ. 2 ของทางวิทยาลัยฯ คือ เป็นการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงมุ่งเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวมแก่นักศึกษาทุกวัยของชีวิตทั้งภาคทฤษฎีและ

ภาคปฏิบัติโดยมุ่งสร้างนักศึกษาพยาบาลให้เป็นบุคลากรที่มีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

ด้วยเหตุผลของปัญหาของผู้เรียนในระบบการศึกษาดังกล่าวประกอบกับการที่นักศึกษายังขาดทักษะการคิดในเชิงวิชาการอย่างเป็นระบบ แต่ยังคงขาดแนวทางการเชื่อมโยงความรู้ที่เป็นรูปแบบที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานผลการเรียนรู้ อีกทั้งยังขาดการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้เรียนให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในเชิงวิพากษ์อย่างเต็มความสามารถและยังขาดการเชื่อมโยงสู่องค์ความรู้ใหม่ ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาถึงกระบวนการเรียนการสอนในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยที่ได้มีการวางแผนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นั้นว่าสามารถเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านที่เป็นพื้นฐานของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาหรือไม่ และปัจจัยเชื่อมโยงของมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านนั้น มีด้านใดบ้างที่มีอิทธิพลหรือส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ที่มีเชื่อมโยงความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ตามผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โดยคัดเลือกประชากรแบบ

เฉพาะเจาะจง คือ นักศึกษาที่ได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 155 คน โดยภาคทฤษฎีให้จัดให้นักศึกษามีการศึกษาในสถานการณ์จริงหรือการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ซึ่งจากเดิมการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีจะเน้นกรณีศึกษาทั่วไป (กรณีศึกษาบนกระดาษ) แต่ในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษารุ่นนี้ได้ให้นักศึกษาลงไปฝึกประสบการณ์ในพื้นที่จริงแล้วนำกลับมาวิเคราะห์ ประเมินผลในชั้นเรียน (ศึกษาในชุมชนพื้นที่รอบๆ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย-อัมพฤกษ์ อัมพาตวัดทุ่งป่อเป้า) และภาคปฏิบัติได้ส่งนักศึกษาฝึกในแหล่งฝึกต่างๆ ในชุมชน จำนวน 4 ชุมชน ในเขตพื้นที่เทศบาลนครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจและสามารถตอบคำถามและเข้าใจในสาระสำคัญของมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามเกณฑ์การวัดและประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ได้แบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น จำนวน 155 ราย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ทำการแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นรายการ (check list) ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับระดับความคิดเห็นด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ทักษะปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ ทักษะพิสัย คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยแบบสอบถามสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมตามมาตรฐานการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน และกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (validity) ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน) พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out)

และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 รวม 3 เดือน

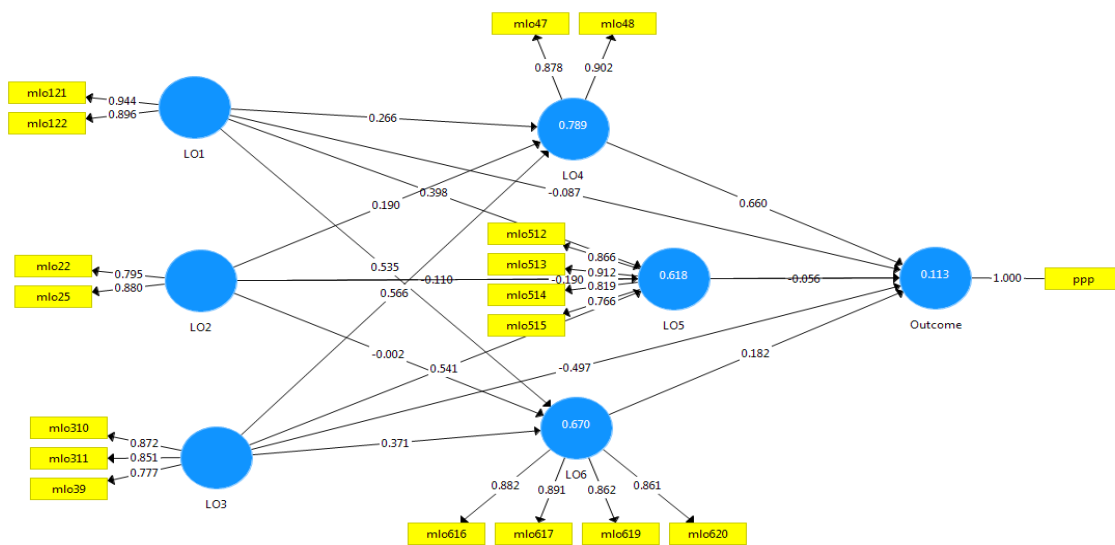
การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามหลักเกณฑ์ของเบสต์และคานัน (Best, J. W., & Kahn, J. V., 1993)⁽⁷⁾ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 5=มากที่สุด และ 1=น้อยที่สุด ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ผู้วิจัยใช้สถิติอนุมาน (inferential statistic) เพื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสมการ โครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) และ

หาเส้นทางความสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรม Smart PLS Version : 3.0 (Ringle, Christian M., et all, 2015)⁽⁸⁾

ผลการศึกษา

1.การวิเคราะห์ระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม: LO1 ($\bar{x} = 3.65, S.D.= 0.34$) ด้านความรู้: LO2 ($\bar{x} = 3.56, S.D.= 0.27$) ด้านทักษะปัญญา: LO3 ($\bar{x} = 3.51, S.D.= 0.37$) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ: LO4 ($\bar{x} = 3.60, S.D.= 0.34$) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ: LO5 ($\bar{x} = 3.61, S.D.= 0.33$) มีเพียงด้านทักษะพิสัย: LO6) ที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.78, S.D.= 0.30$)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากสมการ โครงสร้าง โดยใช้โปรแกรม Smart PLS 3.0 ตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากสมการโครงสร้าง (ภาพประกอบควรเป็นขาวดำ) ที่มา : ผลลัพธ์จากโปรแกรม Smart PLS 3.0

ตาราง 1 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	Coef.	t-stat	สรุปผล
H1: LO1 → AA	-0.087	0.871	ไม่สนับสนุน
H2: LO1 → LO4	0.266	2.790**	สนับสนุน
H3: LO1 → LO5	0.398	3.229**	สนับสนุน
H4: LO1 → LO6	0.535	4.508**	สนับสนุน
H5: LO2 → AA	0.111	2.215**	สนับสนุน
H6: LO2 → LO4	0.190	2.014**	สนับสนุน
H7: LO2 → LO5	-0.190	0.659	ไม่สนับสนุน
H8: LO2 → LO6	-0.002	0.010	ไม่สนับสนุน
H9: LO3 → AA	-0.497	2.715**	สนับสนุน
H10: LO3 → LO4	0.566	5.753**	สนับสนุน
H11: LO3 → LO5	0.541	4.067**	สนับสนุน
H12: LO3 → LO6	0.371	2.884**	สนับสนุน
H13: LO4 → AA	0.660	4.345**	สนับสนุน
H14: LO5 → AA	-0.056	0.576	ไม่สนับสนุน
H15: LO6 → AA	0.182	1.245	ไม่สนับสนุน

หมายเหตุ ** หมายถึง t-stat ≥ 2.58 (p-value ≤ 0.01), * หมายถึง t-stat อยู่ระหว่าง 1.96-2.58 (p-value ≤ 0.05)

จาก ภาพประกอบ 1 และตาราง 1 พบว่า ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรตามสมการ โครงสร้าง พบว่า มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกัน ดังนี้ คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H2), คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ (H3), คุณธรรมจริยธรรมมีอิทธิพลต่อทักษะพิสัย (H4), ความรู้ มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H5), ความรู้มีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H6), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H9), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (H10), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ (H11), ทักษะปัญญา มีอิทธิพลต่อทักษะพิสัย (H12) และ ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (H13)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีเพียงทักษะทางปัญญาเท่านั้น (LO3) ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (LO5) ทักษะพิสัย (LO6) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

ตาราง 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรคั่นกลาง (mediation) ของมาตรฐานผลการเรียนรู้

ตัวแปร	ผลการทดสอบอิทธิพลคั่นกลาง		
	t	p	สรุป
LO1 -> LO4 -> Outcome (AA)	1.786	0.068	No mediation
LO2 -> LO4 -> Outcome (AA)	1.774	0.078	No mediation
LO3 -> LO4 -> Outcome (AA)	3.586	.000 ^a	mediation
LO1 -> LO5 -> Outcome (AA)	0.537	0.592	No mediation
LO2 -> LO5 -> Outcome (AA)	0.389	0.698	No mediation
LO3 -> LO5 -> Outcome (AA)	0.558	0.578	No mediation
LO1 -> LO6 -> Outcome (AA)	1.159	0.248	No mediation
LO2 -> LO6 -> Outcome (AA)	0.009	0.993	No mediation
LO3 -> LO6 -> Outcome (AA)	1.140	0.256	No mediation

หมายเหตุ- a นัยสำคัญทางสถิติ p<0.05, และช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของ bootstrapping

จากตาราง 2 พบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA)

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับสมรรถนะของผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่เป็นพื้นฐานของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงด้านทักษะพิสัยที่อยู่ในระดับมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีมาตรฐานการเรียนรู้ที่เพิ่มมากขึ้นให้ครบทุกด้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่เน้นให้ผู้เรียนมีมาตรฐานการเรียนรู้ทุกด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และที่สำคัญคือ ด้านทักษะพิสัย โดยเฉพาะหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติซึ่งผู้เรียนต้องมีทักษะด้านการปฏิบัติที่เชี่ยวชาญเน้นทักษะการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ซึ่งการศึกษาวิชาการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามหลักสูตรของวิทยาลัยฯ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกนั้น นักศึกษาจะต้องสามารถเป็นนักส่งเสริมและจัดการสุขภาพในอนาคตได้ รวมถึงผู้เรียนต้องสามารถเชื่อมโยงความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมจนเกิดการบูรณาการความรู้ทางการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับทุกรายวิชาที่เรียนอยู่ด้วยการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาในสถานการณ์จริงซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ทางคณะผู้รับผิดชอบวิชาได้มีการปรับรูปแบบการสอนในภาคทฤษฎีที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาในสภาพพื้นที่จริงเพื่อส่งเสริมกระบวนการคิดและวางแผนให้การพยาบาลที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ลงฝึกปฏิบัติในการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ซึ่งจากเดิมการเรียนในภาคทฤษฎีในรายวิชาสร้างเสริมสุขภาพฯ จะเน้น

การศึกษาด้วยกรณีศึกษาต่างๆไป (กรณีศึกษาบนกระดาษ) แต่ในครั้งนี้ในภาคทฤษฎีได้ให้นักศึกษาลงไปฝึกประสบการณ์ในพื้นที่จริงแล้วนำกลับมาวิเคราะห์และประเมินผลในชั้นเรียน (ศึกษาชุมชนพื้นที่รอบๆ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย-อัมพฤกษ์ อัมพาต วัตถุประสงค์บ่อแป้น) ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้รับบริการและกับกลุ่มคนในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึก มีการใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบมากขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพที่ได้เรียนในชั้นเรียนไปประยุกต์ใช้ก่อนที่จะมีการลงฝึกภาคปฏิบัติจริงต่อไป

สำหรับการวางแผนการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานตามแนวคิดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงเพื่อพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการคิดและสามารถค้นหาปัญหาของผู้รับบริการ อีกทั้งยังเป็นการฝึกความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้ในทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งเป็นการคิดที่มีกระบวนการทางปัญญาอย่างเป็นระบบโดยมีการคิดพิจารณาใคร่ครวญ ไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลรอบด้าน ซึ่งการคิดอย่างมีวิจารณญาณจะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดเรียนรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้เรื่องหนึ่งไปสู่อีกความรู้หรือเรื่องหนึ่ง (Transformative Learning) โดยอาศัยพื้นฐานของการคิดอย่างมีวิจารณญาณตามกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดอย่างจริงจัง (Critical Reflection) และผลของการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความสามารถในการเชื่อมโยงความรู้ นั้นสามารถวัดผลได้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้งด้านทัศนคติ ทักษะด้านปัญญา รวมไปถึงความรู้ของผู้เรียนและขยายผลไปสู่การแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ดังนั้นการใช้รูปแบบการสอนในการศึกษาสภาพจริงจึงส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในด้านทักษะพิสัยมากขึ้นเมื่อลงฝึกปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการจัดการเรียน การสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยใช้กระบวนการวิจัยที่สนับสนุนให้มีการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) เพราะการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเป็น

การจัดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในสถานการณ์จริง เพื่อแสวงหาความรู้หรือข้อมูลที่จะแก้ปัญหานั้นๆ ด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณและช่วยฝึกทักษะต่างๆ ที่เป็นการสร้างทักษะชีวิตให้กับตนเอง เกิดการพัฒนาผู้เรียนให้เป็นบุคคลแห่งการเรียนรู้ ใฝ่รู้ สามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น และมุ่งเน้นพัฒนาทักษะกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและเรียนรู้การทำงานเป็นทีม

2. จากผลการศึกษาปัจจัยเชื่อมโยงมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 หรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรมาตรฐานการเรียนรู้ตามสมการโครงสร้างพบว่า มีเพียงทักษะทางปัญญาเท่านั้น (LO3) ที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข (LO5) ทักษะพิสัย (LO6) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) นั่นก็แสดงว่าทักษะทางปัญญามีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเพราะทักษะทางปัญญาเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การพัฒนาความคิดและทักษะทางปัญญามีความสำคัญและมีความจำเป็นในด้านการศึกษาและถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคนในระดับอุดมศึกษา การฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการการเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ปัญหา การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) เป็นเครื่องมือสำคัญในการเรียนรู้และดำเนินชีวิตในปัจจุบัน หลักการใช้กระบวนการ คิดทางปัญญา การคิดวิเคราะห์เป็นกระบวนการทางปัญญาในการพิจารณาใคร่ครวญเกี่ยวกับสภาพการณ์ หรือข้อมูลอย่างมีเหตุผล โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนเองในการสำรวจข้อมูลจนสามารถประเมินข้อสรุปหรือแก้ปัญหาที่เผชิญได้ ซึ่งหลักทฤษฎีที่สนับสนุนหลักการนี้ คือ ทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ ที่อธิบายถึงโครงสร้างทางปัญญาเป็นแผนการรู้คิดอย่างเป็นระบบ และมีกระบวนการซึมซับประสบการณ์ และกระบวนการขยายโครงสร้างทางปัญญา เพื่อให้เกิดกระบวนการรักษาสมดุลใน

โครงสร้างทางปัญญาซึ่งเป็นการสัมพันธ์ระหว่างความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและความเป็นการสร้างกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ

สำหรับอิทธิพลทางอ้อมจะพบว่า มีเพียงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (LO4) เท่านั้นที่เป็นตัวแปรคั่นกลางที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา โดยเฉพาะการส่งผ่านอิทธิพลจากทักษะทางปัญญา (LO3) ไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (AA) แสดงว่าทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นตัวแปรคั่นกลางหรือตัวแปรเชื่อมโยงที่มีความสำคัญที่จะส่งผ่านทักษะทางปัญญาไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา แสดงว่าการศึกษาในปัจจุบันควรมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถในการทำงานกลุ่ม ความสามารถในการวางแผนและรับผิดชอบ ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ซึ่งการศึกษาที่ถูกต้องสำหรับศตวรรษใหม่ต้องเรียนให้บรรลุทักษะ คือ สามารถทำได้จากรู้วิชาไปสู่ทักษะในการใช้ชีวิตเพื่อการดำรงชีวิตในโลกแห่งความเป็นจริง การเรียนจึงต้องเน้นเรียนโดยการลงมือทำหรือการฝึกฝน และต้องฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่จำเป็นตลอดชีวิต เครื่องมือเสริมสร้างทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการยกระดับการเรียนรู้ร่วมกันบนฐานคิดที่ว่ากระบวนการเรียนรู้สำคัญกว่าความรู้ และ กระบวนการหาคำตอบสำคัญกว่าคำตอบ เป็นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้การเรียนรู้ด้วยการทำงานเป็นกลุ่มหรือเป็นทีมตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (LO4) ยังสอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนระบบการศึกษาในอนาคต อาทิเช่น การปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนให้เป็นการสอนที่เน้นทักษะเฉพาะตัวหรือทักษะทางอารมณ์ (Soft skill) เพราะสิ่งที่ผู้สอนได้สอนนักศึกษาในปัจจุบันนี้เป็นความรู้ที่สืบทอดมากกว่า 200 กว่าปีก่อน ระบบการศึกษาควรพัฒนาผู้เรียนให้มีความฉลาดทางปัญญา และสอนในสิ่งที่แตกต่างกันออกไป โดยเฉพาะสิ่งที่เครื่องจักรไม่สามารถทำได้ เช่น คุณค่า (Value) ความเชื่อ (Believe) ความเป็นตัวของตัวเอง (Independent thinking) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) ความใส่ใจผู้อื่น

(Care for Others) สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นทักษะทางด้านอารมณ์ (Soft skill) นอกจากนี้ระบบการศึกษาควรสอนในสิ่งที่แตกต่างจากที่คอมพิวเตอร์นั้นไม่สามารถทำได้เหมือนมนุษย์ เพราะในอนาคตคอมพิวเตอร์จะมาทำหน้าที่แทนมนุษย์และสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากคอมพิวเตอร์ คือ "ภูมิปัญญา" เพราะคอมพิวเตอร์ไม่สามารถมีภูมิปัญญาเหมือนมนุษย์ (Jack ma, 2018) ⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (LO4) จึงมีความสำคัญในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้การเรียนรู้ในเรื่องการทำงานเป็นทีมหรือ การร่วมมือกันเรียนรู้ยังช่วยพัฒนาผู้เรียนทางด้านสติปัญญาให้เกิดการเรียนรู้จนบรรลุถึงขีดความสามารถสูงสุด โดยมีกลุ่มเพื่อนกลุ่มเดียวกันเป็นผู้คอยแนะนำหรือช่วยเหลือ และกระบวนการเรียนรู้จะเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ภายในสมองเป็นกระบวนการทางสังคมที่เป็นกระบวนการทั้งทางด้านสติปัญญาและสังคมควบคู่กันไป สอดคล้องกับแนวคิดของเพียเจท์ ที่อธิบายว่า กระบวนการคิดมีพื้นฐานมาจากพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้จากการคิดวิเคราะห์ที่มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณและดึงความสนใจของ

ผู้เรียน ⁽¹¹⁾ เพราะผู้เรียนนั้นอยู่ในวัยรับรู้สังคมและเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันเป็นการเชื่อมโยงกับสถานการณ์จริง การเรียนรู้ร่วมกันเป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในการทำงานร่วมกันซึ่งตรงกับทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งเสริมให้เกิดการวิเคราะห์การคิดอย่างมีวิจารณญาณร่วมกัน การที่ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กันเป็นการฝึกทักษะการประนีประนอมกัน การสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดประสบการณ์ความสำเร็จร่วมกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมให้เป็นบุคคลที่มีความคิดแบบมีวิจารณญาณ

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ให้มีคุณธรรม จริยธรรม และความรู้ แม้จะเป็นสิ่งสำคัญแต่ก็มีใช้เป้าหมายหลักของการศึกษา ควรมุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะทางปัญญา ร่วมกับการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงานเป็นทีม การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในขณะทีเรียนรู้จะช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ต่อเนื่องและนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kraiyod Pattarawat. **Thailand's Education to Thailand 4.0**. Retrieved from <http://www.thaihealth.or.th/html>. June 3, 2018.
2. Vicharn Panich. **Transformative Learning**. Bangkok: SR Printing Mass Products., 2015.
3. Vicharn Panich. **Enjoy learning in the 21st century**. Nonthaburi: SR Printing Mass Products., 2015.
4. Boromrajanani College of Nursing Nakhon Lampang. **Knowledge Management & Academic Problems of Nursing Students**. Lampang: BCNLP., 2015.
5. Duangrat Kathalac. **Mixed Style of learning: Research – Based Learning, Authentic learning and Student-centered learning**. 22(1), 131-145, 2016. [in Thai].
6. Office of the Higher Education Commission: OHEC. **Announcement Board of OHEC: Guidelines for Implementation of the National Higher Education Curriculum Framework (No.3) 2015**. Retrieved from <http://www.smartpls.com>, 3 July, 2018.
7. Best, J. W. , & Kahn, J. V.. **Research in Education**. 7 th ed. Boston : Allyn and Bacon, 1993.
8. Ringle, Christian M., et all. **SmartPLS 3.0. Bönningstedt: SmartPLS**. Retrieved from <http://www.smartpls.com>, 11 July, 2015.
10. Jack Ma. **AI, work instead of man**. Retrieved from <http://www.smartpls.com>, 3 July, 2018.
11. Surang kohthakoon. **Educational Psychology**. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House , 2009. [in Thai].

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

Factors Related to Access to Primary Care Services for Patients with Mental Health Problems

วรภรณ์ ทินวัง¹, รุ่งนภา สุตินันท์โอภาส², เกศสุรินทร์ เทือกถา³

Woraporn Thinwang, Rungnapa Sutnonopas, Kedsurin Thauktha

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดลำปาง จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ใช้ Pearson Product Moment Correlation และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.47$) ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ($R_{xy} = 0.39$) และ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ($R_{xy} = -0.21$) ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ($\chi^2 = 6.435$) ยานพาหนะ ($\chi^2 = 6.567$) อาชีพหลัก ($\chi^2 = 8.128$) และ แหล่งที่มาของรายได้ ($\chi^2 = 5.438$) โดยมีค่าความสัมพันธ์ Cramer V เท่ากับ 0.39, 0.240, 0.267 และ 0.218 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ABSTRACT

This research was survey study aim to study the level of primary health care access and the relationship between accesses to primary care services for patients with mental health problems. The population and sample in this study were males and females patients with 8 group of mental health problem in 2 areas of district health promotion hospital in Lampang. The samples are 114. The research instrument is questionnaire Data were analyzed by using Frequency, percentage, mean and standard deviation, Pearson product moment Correlation and Chi Square.

The results showed that access to primary care services for patients with mental health problems was highest ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.47$). The relationship with access to services of patients with mental health problems (p-value=0.5) is that knowledge about the right to mental health problems were positive in low level related to services of patients with mental health problems ($R_{xy} = 0.39$) and taking time to health care was negative in low level related to services of patients with mental health problems ($R_{xy} = -0.21$). The other factors related to access to services of patients with mental health problems were statistically significant at .05 level that these include: the person who lives with the patient ($\chi^2 = 6.435$), vehicle ($\chi^2 = 6.567$), main career ($\chi^2 = 8.128$) and source of income ($\chi^2 = 5.438$). The correlation coefficients Cramer V were 0.39, 0.240, 0.267 and 0.218, respectively.

Key words: access to healthcare service, patient with mental health problem

¹ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

² อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.บ้านกล้วยแพะ ตำบลกล้วยแพะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มากขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การศึกษา การแข่งขันทางด้านธุรกิจ หรือแม้กระทั่งการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมามากมายเช่นเกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ และซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้บางคนแสดงออกโดยการใช้ความรุนแรง จนทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ความสูญเสียปี สุขภาวะจากการเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด (year lost due to disability: YLD) มีค่าประมาณ 4 ล้านปี พบในผู้ชาย 2.1 ล้านปี ผู้หญิง 1.9 ล้านปี สาเหตุหลักของความสูญเสียในเพศชายคือ การเสียดัดเครื่องคัมที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.6 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า ในเพศหญิงโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 12.4⁽¹⁾

คนมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม การเปลี่ยนแปลงรวดเร็วของสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ แม้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่า การเข้าถึงบริการยังคงอยู่ในระดับต่ำการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแนวคิดที่ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและมาตรฐานซึ่งจะเป็นสิ่งสะท้อนนโยบายสุขภาพของภาครัฐ⁽²⁾ ในการบริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบปฐมภูมิและเป็นดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพ⁽³⁾ กรมสุขภาพจิตและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพซึ่งการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของเพ็นแชมสกีและโทมัส⁽²⁾ ประกอบด้วย 5 มิติคือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ 4) ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการและ 5) การยอมรับคุณภาพการบริการ จากการสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเครือข่ายเขตบริการที่ 1 ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ในปี 2556-2557 พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ ลดลง โดยในปี 2556

อัตราการเข้าถึงบริการมีจำนวนร้อยละ 37.67 ส่วนในปี 2557 มีจำนวนการเข้าถึงบริการร้อยละ 36.76

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต พบเพียงรายงานการศึกษาของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทัศนคติที่ไม่ดีต่องานสุขภาพจิต การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ความร่วมมือของงานสุขภาพจิตจากหน่วยบริการและชุมชน การขาดแคลนบุคลากรทั้งจิตแพทย์และวิชาชีพอื่นของทีมสุขภาพจิต การกระจุกตัวของจิตแพทย์ในเมืองใหญ่ ความยากลำบากในการเดินทางมาขอรับบริการ บางครั้งจำเป็นต้องค้างคืนทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ครอบครัวมีฐานะยากจนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้น้อยและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเวช แต่ไม่พบรายงานการวิจัยที่ชัดเจน มีเพียงรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องของ พิสิธ iewแก้ว (2553)⁽⁴⁾ และ ดวงดาว ศรีวุฒิ (2556)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ และรายงานการวิจัยของผู้รับบริการสุขภาพอื่นๆ^(3,6,7,8)

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสุขภาพในการให้บริการทุกระดับ และ ความร่วมมือในการวิจัยและพัฒนาการกับหน่วยบริการสุขภาพ จึงได้มีความสนใจในการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ตามแนวคิดของ Penchamsky and Thomas⁽²⁾ มาจัดหมวดหมู่ปัจจัยให้ครอบคลุม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพเพื่อตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตและเพื่อพัฒนาสู่การจัดบริการสุขภาพ ให้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต
2. ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดลำปางจำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของ พิธื้อ เขียวแก้ว (2553)⁽⁴⁾ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย อาศัยอยู่กับใคร ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ ยานพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ อาชีพของผู้ป่วย รายได้ต่อเดือนของครอบครัว แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายต่อเดือนของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สิทธิเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ลักษณะความเจ็บป่วย สิทธิการรักษา ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษา และ ผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ 1)ความพอเพียงของบริการ 2)ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ 3)ความสะดวกเมื่อใช้บริการ 4) ความสามารถจ่ายค่าบริการ 5)ความพึงพอใจในบริการ

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 5 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับมากที่สุด 4 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับมากที่สุด 3 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการ 2 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อย 1 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือ (Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นโดยพิจารณาความสอดคล้องกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กับ ข้อย่อยที่ต้องการวัด แล้วนำมาพิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ร้อยละ 66 ขึ้นไป ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ต่างจากกลุ่มตัวอย่างจริง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของครอนบาค ต้องมีค่าเกิน 0.75 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน . Pearson Product Moment Correlation และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 เพศชายร้อยละ 35.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 46.5 มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 56.1 ร้อยละ 20.2 มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง/คู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 83.3 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.5 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวลร้อยละ 41.2 โรคจิตเภทร้อยละ 40.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.9 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมากที่สุด ได้แก่สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 59.6 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือ คู่แต่งงาน ร้อยละ 74.6 ยานพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุด คือ ไรด์จักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 57 ปัจจุบันอาชีพหลักของท่าน รับจ้างทั่วไป 55.3 แหล่งที่มาของรายได้คู่

สมรส 28.9 ได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลรัฐบาล 50.0

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อายุเฉลี่ย 57 ปี, ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ เฉลี่ย 6 (จากคะแนนเต็ม 7), ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการเฉลี่ย 5 กิโลเมตร, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ เฉลี่ย 14 นาที, รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ย 7117 บาท, ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการดำรงชีวิตเฉลี่ยต่อเดือน 4720 บาท และ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการรักษาโรคเฉลี่ยเดือนละ 207 บาท

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ด้านคุณภาพของบริการและผู้ให้บริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.61$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้าน

ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการ ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 0.65$)

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่ามากที่สุดคือ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอต่อความต้องการให้บริการด้านสุขภาพใน รพสต. ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.766$) รองลงมาคือ พอใจกับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น ที่นั่งพัก ทางลาด รววจับ ($\bar{X} = 4.32$, $SD = 0.669$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่เป็นภาระในการเข้ารับบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.78$, $SD = 1.203$) ท่านและครอบครัวกำลังทรัพย์ (ค่ารถในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 1.039$) และ ท่านคิดว่าขั้นตอนในการเข้ารับบริการไม่มีความยุ่งยาก ($\bar{X} = 2.68$, $SD = 1.378$)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการ	R_{xy}	sig	แปลผล
อายุปัจจุบัน (ปี)	-0.14	.152	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ (คะแนน)	0.39*	.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)	-0.17	.079	ไม่มีความสัมพันธ์
เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ (นาที)	-0.21*	.029	มีความสัมพันธ์ทางลบ
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว(บาท/เดือน)	-0.08	.415	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการดำรงชีวิต(บาท/เดือน)	0.04	.625	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการรักษาโรค(บาท/เดือน)	0.14	.240	ไม่มีความสัมพันธ์

* $P > .05$

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยมีค่าความสัมพันธ์

กันทางบวกในระดับต่ำ ($R_{xy} = 0.39$) และ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ($R_{xy} = -0.21$)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เข้าถึง	เข้าถึงมาก	รวม	χ^2	Cramer'V	แปลผล
เพศ						
หญิง	10	64	74			
ชาย	11	29	40			
รวม	21	93	114	3.380	0.172	ไม่สัมพันธ์กัน
สถานภาพสมรส						
อยู่คนเดียว	12	38	50			
อยู่กับคู่ครอง	9	55	64			
รวม	21	93	114	1.845	0.127	ไม่สัมพันธ์กัน
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ไม่ได้เรียน	10	36	46			
ประถมศึกษา ขึ้นไป	11	57	68			
รวม	21	93	114	0.565	0.070	ไม่สัมพันธ์กัน
ลักษณะที่อยู่อาศัย						
บ้านตนเอง/คู่สมรส	16	79	95			
ไม่ใช่บ้านตนเอง หรือ คู่สมรส	5	14	19			
รวม	21	93	114	0.946	0.091	ไม่สัมพันธ์กัน
บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย						
อยู่ตามลำพังหรือไม่ใช่คู่สมรส	15	38	53			
สามีหรือภรรยา	6	55	61			
รวม	21	93	114	6.435*	0.238	สัมพันธ์น้อย
สิทธิในการรักษา						
บัตรประกันสุขภาพ	12	56	68			
อื่นๆ	9	37	46			
รวม	21	93	114	0.067	0.025	ไม่สัมพันธ์กัน
ผู้ดูแลหลัก						
ดูแลตนเอง	18	67	85			
คนอื่นดูแล	3	26	29			
รวม	21	93	114	1.688	0.122	ไม่สัมพันธ์กัน
ยานพาหนะ						
ไม่ใช้น้ำมัน เดินเท้า จักรยาน	2	36	38			
ใช้น้ำมัน	19	57	76			
รวม	21	93	114	6.567*	0.240	สัมพันธ์น้อย

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	เข้าถึง	เข้าถึงมาก	รวม	χ^2	Cramer'V	แปลผล
ปัจจุบันอาชีพหลักของท่าน						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ, เกษตรกรรม	13	27	40			
อื่นๆ	8	66	74			
รวม	21	93	114	8.128*	0.267	สัมพันธ์ปานกลาง
แหล่งที่มาของรายได้						
ประกอบอาชีพเอง หรือ คู่สมรส	7	57	64			
อื่นๆ เช่นพระ	14	36	50			
รวม	21	93	114	5.438*	0.218	สัมพันธ์น้อย
การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล						
จ่ายเองบุคคลในครอบครัว	11	46	57			
รัฐบาล	10	47	57			
รวม	21	93	114	0.058	0.023	ไม่สัมพันธ์กัน

* P > .05

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ($\chi^2 = 6.435$) ยานพาหนะ ($\chi^2 = 6.567$) อาชีพหลัก ($\chi^2 = 8.128$) และ แหล่งที่มาของรายได้ ($\chi^2 = 5.438$) โดยมีค่าความสัมพันธ์ Cramer'V เท่ากับ 0.39 , 0.240, 0.267 และ 0.218 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การเข้าถึงบริการที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต แบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยใหญ่ๆคือ 1.ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ 2.ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และ 3.ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการและยานพาหนะ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้

1. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการและยานพาหนะ ซึ่งเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่⁽⁹⁾ ว่าแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่จะไปรับบริการจากสถานบริการที่อยู่ใกล้ที่ทำงานหรือที่พักมากกว่าโรงพยาบาลที่ทำประกันสุขภาพอยู่ไกลจากที่ทำงาน เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและเวลาที่ใช้ไปใช้บริการจากการศึกษาเรื่องปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ:ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความครอบคลุมทางสังคมในประเทศไทยในประเด็นของการเดินทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการพบว่า การขาดแคลนบริการขนส่งสาธารณะที่ราคาแพง การเดินทางที่ไม่สะดวกก็เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพต่างๆในผู้สูงอายุ ยานพาหนะ ที่ใช้น้ำมันและไม่ใช้น้ำมันมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เนื่องจากยานพาหนะที่ใช้น้ำมันมีผลต่อค่าใช้จ่าย และระยะทางที่จะเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐติกา ชูรัตน์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

(2559)⁽¹⁰⁾ พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความต้องการรักษาใกล้บ้านเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายและมีความปลอดภัยในการเดินทาง

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล เช่น เข้าใจว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคณพิการ⁽⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิต่างๆของผู้พิการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เมื่อผู้พิการรับรู้สิทธิเพิ่มขึ้นก็มารับบริการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศแถบยุโรป พบว่าปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชคือ ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือเป็นความรู้ที่ผิดเหมือนเป็นตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้พิการรับรู้ที่ผิดพลาดไป หรือเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการเข้ารับบริการทำให้เกิดความรู้สึกอับอายและเข้ารับการรักษาล่าช้า⁽¹¹⁾ นอกจากนี้พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ทางด้านลบของผู้รับบริการต่อการเข้ารับบริการในหน่วยบริการทางด้านสุขภาพจิตมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ การรับรู้อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการค้นหาความช่วยเหลือที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของวัยหนุ่มสาวจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ความรู้ที่อับอาย ลำบากใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และสิ่งสำคัญที่ทำให้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือก็คือความต้องการพึ่งพาตนเองมากกว่า ดังนั้นการที่จะทำให้มีการเข้าถึงบริการในกลุ่มนี้จึงต้องเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ลดความรู้ที่อับอาย และเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁽¹³⁾ ในประเทศไทยมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 10 ล้านคน มีเพียง 8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ที่

สำคัญคือ การขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษา เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น บัตรทอง บัตรประกันสังคมไม่สามารถใช้รักษาโรคทางจิตเวชได้ ความรู้ที่อับอายของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อป่วยทางจิต⁽¹⁴⁾

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้ และบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย อาชีพและรายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ การประกอบอาชีพและที่มาของรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 7116.51 บาทต่อเดือน และค่าเฉลี่ยในการใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้การในการรักษาโรคมะเร็งเพียง 206.93 บาท ต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างน้อย จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชคิวดำและชนกลุ่มน้อยในประเทศอังกฤษตอนใต้พบว่าปัจจัยทางด้านการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การเข้ารับการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือการรับการรักษาทางเลือกอื่นไม่สามารถจะเข้าถึงบริการและไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากไม่มีเงิน⁽¹⁵⁾ ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ครอบครัวยากจน แต่ในการเข้าถึงบริการจะเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ทำให้มีผลต่อการเข้ารับบริการ ทำให้เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾

ด้านผู้ให้บริการที่จะพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้ประเด็นทั้งด้านการเจ็บป่วยที่ต้องมีการดูแลโดยมีการวิเคราะห์เป็นรายกรณี การดูแลด้านเศรษฐกิจหาแหล่งทุนสนับสนุน และการพัฒนาการสร้างเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความพร้อมในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁷⁾ ความสัมพันธ์ทางด้านบวกของการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยนั้นมีความสัมพันธ์กับการศึกษาการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยที่สมรสมักมีการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตดีกว่าคนโสด เนื่องจากคู่ชีวิตจะช่วยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ⁽¹⁶⁾ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยาจะมีพฤติกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่พ่อแม่

หรือสามีภรรยา แต่ที่พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยา กลับเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาน้อย การบทความวิชาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน ของ สุนทรินทร์ ทองไสย (2558)⁽¹⁹⁾ กล่าวว่าเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง การส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่เป็นอยู่ เช่น การดูแลการรับประทานยาและสังเกตผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติและเป็นบอกรวมผิดปกติต่างๆต่อที่รักษาได้ การรักษาทางจิตมีความหลากหลายผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลและทางเลือกที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ

นอกจากนี้การดูแลที่มีประสิทธิภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้และช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นเท่านั้น ผู้ป่วยควรมีอิสระในในทางเลือกต่างๆ ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะเกิดความร่วมมือร่วมใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น การที่จะตัดสินใจว่าจะอยู่กับใคร ต้องการความช่วยเหลือจากใคร

ข้อเสนอแนะ

1. เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารกำหนดนโยบาย เช่น การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตในเชิงรุก ซึ่งจากผลวิจัยพบว่า ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ควรศึกษาปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการเพิ่มเติม คือ ความรู้สึกอับอายที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือเป็นความรู้สึกเหมือนเป็นตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. ภาวะโรค: ปีสุขภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะ ของประชากรไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25 (2), 2559. 342-350
- Penchansky, R., & Thomas, JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19 (2), 1981. 127-140.
- อรพรรณ พุ่มพวง. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
- พิลลือ เขียวแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของคนพิการ. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2552.
- ดวงดาว ศรีวุฒิ. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555.
- ชฎาพร เขียวเจริญสุข. คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 2550. สืบค้นจาก <http://newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=270333>
- อารีย์ เจตนดำรงเลิศ. (2555). การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติ ในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการเมืองการปกครอง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.
- ศราววุฒิ เหล่าสาย. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
- สุสันหา ยิ้มแย้ม. การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ปีที่ 42 (3), 2555. 68-82.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

10. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้าน ปี่เหล็ง ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 1 (1), 2559.24-36.
11. Kristian Wahlbeck & Manfred Huber. **Access to Health Care for People with Mental Disorders in Europe**. Policy Brief april 2009. An electronic journal..Retrieved June 15, 2018, from http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116152/Wahlbeck_AccesstoHealthCareForPeopleWithMentalDisordersInEurope.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Tanielian et al. **Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan**. An electronic journal. 2015. Retrieved June 15, 2018, from <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0575-z>
13. Gulliver, Griffiths, & Christensen. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. **BioMed Central Psychiatry**. An electronic journal. 2010. Retrieved June 15, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21192795>
14. เบญจมาศ พงษ์กานนท์, ชีระ ศิริสมุค, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุลและ กนกวรรณ สุดศรีวิไล. **เติมเต็มช่องว่าง” การเข้า (ไม่) ถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. ปีที่ 1 (1), 2556. 1-4.**
15. Memon et al. (2016). Memon et al. Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: a qualitative study in Southeast England . **British Medical Journal** . An electronic journal. 2016. Retrieved June 15, 2018, from <https://www.coursehero.com/file/p6dsj6v/Memon-et-al-2016-Perceived-barriers-to-accessing-mental-health-services-among/>
16. นันทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ และ สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดละโว้. วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่ 18 (1), 2560. 229-336.
17. Wakida et al. **Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary healthcare: a systematic review protocol** An electronic journal. 2017. Retrieved april 15, 2018, from <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-017-0561-0>
18. บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุวลักษณ์. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่งที่บ้านของผู้ดูแล. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2546.**
19. สุนทรินทร์ ทองไสย . ผู้ป่วยจิตเวชกับการพัฒนาระบบการดูแลอย่างยั่งยืน. **วารสารกองการพยาบาล**,ปีที่ 41(3),2558. 100-106.

ทัศนคติของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีต่อการจัดการขยะของแหล่งท่องเที่ยวบนพื้นที่สูง
กรณีศึกษาอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

The Attitude of Stakeholders towards Municipal Solid Waste Management issued from Highland

Tourism: A case Study of Pai District, Mae Hong Son Province

เจษฎานันท์ เวียงนนท์¹ ธเรศ ศรีสติดิย์² อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์³

Jessadanan Wiangnon¹ Thares Srisatit² Ananya Popradit³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติจากประชาชนทุกภาคส่วน ต่อสภาพปัญหาและการจัดการขยะที่เกิดขึ้นจากการท่องเที่ยวในพื้นที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตลอดจนทัศนคติด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะจากการท่องเที่ยวเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดการขยะจากแหล่งท่องเที่ยวในพื้นที่ต้นน้ำ การศึกษาแบ่งเป็นการศึกษาปริมาณขยะที่เกิดขึ้นจากการท่องเที่ยวตลอดทั้งปี (High Season และ Low Season) โดยวิธีการ Quartering Method และการสำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทุกภาคส่วนโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 กลุ่ม จำนวน 2918 คน

ผลการศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการจัดการขยะแต่ไม่มีการคัดแยกขยะ ในขณะที่สถานประกอบการส่วนใหญ่ไม่มีความรู้และไม่มีการคัดแยกขยะ อัตราการเกิดขยะของประชาชนในพื้นที่ท่องเที่ยวเท่ากับ 0.9 กิโลกรัม/คน/วัน อัตราการเกิดขยะจากนักท่องเที่ยวที่พักค้างคืนเท่ากับ 0.64 กิโลกรัม/คน/วัน ในช่วง Low Season และ 1.17 กิโลกรัม/คน/วัน ในช่วง High Season ปัญหาขยะจากการท่องเที่ยวที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ 1) ปริมาณขยะ 2) กลิ่นรบกวน 3) มีขยะอันตรายปะปน 4) ขยะตกค้าง และ 5) ปัญหาควันจากการเผาขยะตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะ 5 ลำดับแรก ได้แก่ 1) งบประมาณ 2) ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ 3) จำนวนเจ้าหน้าที่ 4) การสนับสนุนจากองค์กรอื่นๆหรือองค์กรอิสระนอกพื้นที่ และ 5) การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ด้านการจัดการขยะ ตามลำดับ โดยผลการศึกษา สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาหรือการจัดตั้งโครงการต่างๆที่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดจากขยะที่มาจากแหล่งท่องเที่ยวได้ทั้งในพื้นที่ศึกษาเองหรือเป็นพื้นที่อื่นซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ : การจัดการขยะ การท่องเที่ยว พื้นที่สูง ปัจจัยสำคัญ อำเภอปาย

Abstract

The aims of this study are the Attitude of Stakeholders towards municipal solid waste Management issued from Highland Tourism, problems of solid waste related to tourism and affecting factors toward the potentiality of solid waste management in Pai district, Mae Hong Son Province. This study measures Waste quantity of all seasons between the high and low seasons by Quartering Method. The tools used in this study were questionnaires and samples in this studied area, submitted to a sample of 2918.

The results of this study show that the population does not respect waste separation despite its knowledge of the procedure. The average Municipal solid waste generated is 0.9 kg/person/day. Municipal solid waste generated by overnight tourists is 0.64 kg/person/day during the low season and 1.17 kg/person/day during the high season. The results from the submitted questionnaires clearly isolate the top 5 problems in terms of municipality solid waste issued from tourism. They are the followings 1) The total volume of municipal solid waste 2) odors 3) contamination from hazardous waste 4) waste residue and 5) smoke caused by municipal solid waste burning, respectively. The top 5 affecting factors for the potentiality of solid waste management in Pai district, are the followings 1) budget 2) knowledge and understanding of governmental officers 3) number of governmental officers 4) the support from an independent organization and 5) The Campaign and Public relations for municipal solid waste Management, respectively. The results of this study are also applicable to design projects such as waste management system and to develop and modify associated problems in other areas.

Key words: Attitude, Solid waste management, Tourism, Highland, Affecting factors, Pai District

¹ นิสิตบัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อมบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

² ศาสตราจารย์ ภาควิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

³ อาจารย์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี

บทนำ

การท่องเที่ยวเป็นอีกอุตสาหกรรมหนึ่งที่เติบโตมากที่สุดในโลก พิจารณาจากการมีองค์กรหรือบริษัทที่ทำงานระหว่างประเทศหลายแห่งจากทั่วโลกเกิดขึ้นมาในระบบการท่องเที่ยว⁽¹⁾ การท่องเที่ยวจัดเป็นอุตสาหกรรมบริการประเภทหนึ่ง เป็นรายได้ของหลายๆประเทศในปัจจุบัน ธุรกิจโรงแรม รีสอร์ท บริษัทนำเที่ยว ร้านอาหาร ตลอดจนธุรกิจแลกเปลี่ยนเงินสร้างรายได้มหาศาล⁽²⁾ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่สำคัญในภูมิภาค เป็น 1 ใน 80 ประเทศที่นักท่องเที่ยวทั่วโลกจาก 37 ประเทศมีความต้องการมาท่องเที่ยว (32.4 ล้านคนในปี 2015) โดยเมืองที่ได้รับความนิยมสูงสุดได้แก่ เชียงใหม่ พัทยา ภูเก็ต และกรุงเทพฯ⁽³⁾ สิ่งต่างๆเหล่านี้ต่างก่อให้เกิดปัญหาขยะมูลฝอยและการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศ สิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศตามธรรมชาติมากกว่าในพื้นที่เมือง⁽⁴⁾ บทสรุปของการประเมินความสามารถในการรองรับได้ของสิ่งแวดล้อมที่ต้องพิจารณา คือ เศรษฐกิจ สังคมและสถานภาพสิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾

ขยะจากการท่องเที่ยว (Tourism on municipal solid waste) คือ ปรากฏการณ์ของการเพิ่มขึ้นของขยะในพื้นที่ที่มีประชากรนักท่องเที่ยว ในฤดูกาลท่องเที่ยวในพื้นที่หนึ่ง ซึ่งพื้นที่นั้นมีกระบวนการเก็บรวบรวม ขนส่งและมีรูปแบบการกำจัดขยะที่ใช้เทคโนโลยีและมีประสิทธิภาพขยะเหล่านั้นเกิดจากฤดูกาลท่องเที่ยวที่เพิ่มขึ้นตามภูมิภาคในพื้นที่หนึ่งๆ โดยเฉพาะในกระบวนการคัดแยก การขนส่ง ตลอดจนการกำจัดในขั้นตอนสุดท้าย ในความเป็นจริงปริมาณขยะมูลฝอยยังสามารถบ่งบอกถึงความแตกต่างของประชากรในเมืองและภูมิภาคต่างๆที่มีการท่องเที่ยว⁽⁶⁾ ส่วนมากขยะพวกนี้จะปรากฏในพื้นที่มีการกระจายตัวของกิจกรรมการท่องเที่ยว โดยเป็นผลมาจากความพึงพอใจในกิจกรรมการท่องเที่ยวนั้นๆ และได้ส่งผลกระทบต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในทางลบ⁽⁷⁾ การขยายตัวของเมืองเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สิ่งที่เกิดขึ้นคือการเกิดขยะ ที่เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของประชากรและการเติบโตทางเศรษฐกิจ เมืองในประเทศที่

กำลังพัฒนาในโซนเอเชียแปซิฟิกต่างตื่นตระหนกในการจัดการขยะ โดยเฉพาะประเทศที่มีเมืองเล็กๆมากมายเพราะมีปริมาณขยะเศษอาหารและขยะรีไซเคิลเยอะมาก⁽⁸⁾ การเพิ่มขึ้นของขยะเติบโตตามปริมาณรายได้ ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมมักเกิดในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวย และจากการเข้ามาของนักท่องเที่ยวและสร้างขยะให้เกิดขึ้น ซึ่งมากจากการเติบโตของธุรกิจโรงแรม (9) นอกจากนี้ยังอาจมีอีกหลายจุดที่มีการรวมตัวของนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างประเทศแล้วมีกิจกรรมเกิดขึ้นแล้วก่อให้เกิดขยะตามมา โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลปีใหม่⁽¹⁰⁾ การจัดการขยะเป็นปัญหามากในภูมิภาคเอเชีย เพราะต้องจัดการในเมืองเล็กๆ ซึ่งแตกต่างจากการจัดการในเมืองใหญ่ซึ่งมีการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ความต้องการในการแข่งขันของเมืองเหล่านี้จึงเต็มไปด้วยความร่วมมือและกระบวนการมากมาย จึงทำให้กลายเป็นอีกปัญหาหนึ่งในการจัดการขยะซึ่ง ในเมืองเล็กๆมักไม่เกิดปัญหานี้ (11) ความสัมพันธ์ของการท่องเที่ยวและสิ่งแวดล้อมในความเห็นของนักท่องเที่ยวพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อมในการท่องเที่ยวมาจากหน่วยงานของรัฐบาล (กระทรวงการท่องเที่ยว) มากที่สุด รองลงมาคือสังคม องค์กรด้านนิเวศวิทยา โรงแรม และองค์กรในระดับสากล ตามลำดับ⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังมีอีกหลายปัจจัยในการจัดการขยะที่จัดเป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหวซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการจัดการขยะแต่ละพื้นที่⁽¹³⁾ คุณภาพของสิ่งแวดล้อมเมือง (Urban environmental quality : UEO) ในเมืองที่ตั้งอยู่บนภูเขา นับว่ามีความสำคัญมากในหลายมิติ มลพิษและสภาพแวดล้อมที่หนาแน่นอาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมเมืองได้ (14) จากเทรนด์การท่องเที่ยวแบบยั่งยืนของกระทรวงการท่องเที่ยวเริ่มมีการประชาสัมพันธ์ให้มีความรับผิดชอบต่อท่องเที่ยว 7 Green concepts ในพื้นที่อำเภอป่าคาย ในปี 2011-2012 นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมต่างๆและประเพณีต่างๆเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยว ซึ่ง 1 ใน 12 ตัวชี้วัดการดึงดูดนักท่องเที่ยวที่ป่าคายคือการใช้วิถีชาวบ้านมาเชิญชวนนักท่องเที่ยวใช้ถุงผ้าเพื่อลดการใช้ถุงพลาสติกในการท่องเที่ยว⁽¹⁵⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดจากขยะตลอดจนทัศนคติของประชาชนและนักท่องเที่ยวยุทธศาสตร์การจัดการขยะในแหล่งท่องเที่ยวในพื้นที่อำเภอปาย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการขยะจากการท่องเที่ยวในพื้นที่สูง โดยเฉพาะพื้นที่ต้นน้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิเคราะห์ห้องครัวประกอบขยะทางกายภาพด้วยวิธี Quartering ตามมาตรฐาน Standard Test Method for Determination of the Composition of Unprocessed Municipal Solid Waste ASTM D5231-92 (2008) โดยมีวิธีการดังนี้ 1) สุ่มตัวอย่างมูลฝอยจากกองมูลฝอยรวมประมาณ 1 ลูกบาศก์เมตร (1,000 ลิตร) แล้วแบ่งเป็น 4 ส่วนที่เท่ากัน 2) นำมูลฝอย 2 ด้านตรงข้ามกันมารวมกัน (500 ลิตร) แล้วคลุกเคล้ามูลฝอยให้ผสมกันแล้วแบ่งเป็น 4 ส่วนที่เท่ากันอีกครั้ง 3) นำมูลฝอย 2 ด้านตรงข้ามกันมารวมกัน (125 ลิตร) แล้วคลุกเคล้ามูลฝอยให้ผสมกัน 4) ทำการแยกองค์ประกอบมูลฝอยแต่ละชนิดอย่างละเอียด 5) บันทึกผล

คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ของประชากรในการสำรวจความคิดเห็น คำนวณจากสูตรการหาขนาดตัวอย่างจากตารางของ Yamane ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 กลุ่ม จำนวน 2918 คน ได้แก่ (1) ประชาชนในพื้นที่ 6 ตำบล จำนวน 1953 คน (2) เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่ดำเนินงานด้านการจัดการขยะจำนวน 43 คน (3) ผู้ประกอบการจำนวน 207 แห่ง (ที่พัก 87 แห่ง ร้านค้า 31 แห่ง ร้านอาหาร 56 แห่ง และสถานบริการ 33 แห่ง) และ (4) นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทย (315 คน) และชาวต่างชาติ (399 คน) โดยประเด็นคำถามประกอบด้วยคำถามดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลครัวเรือนของผู้ให้ข้อมูล (2) ข้อมูลด้านการจัดการขยะ (3) สภาพปัญหาอันเกิดจากขยะจากการท่องเที่ยว และ (4) ความคิดเห็นทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะจากการท่องเที่ยว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ (Percent) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จากนั้นสรุปผลการวิเคราะห์ก็จะได้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะจากการท่องเที่ยวบนพื้นที่สูง

ผลการวิจัย

อำเภอปายเป็นอำเภอขนาดเล็ก เป็น 1 ใน 7 อำเภอในจังหวัดแม่ฮ่องสอน อยู่ห่างจากอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนประมาณ 100 กิโลเมตร มีพื้นที่ 2,244.7 ตารางกิโลเมตร ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบแอ่งกระทะ ตรงกับรอยต่อชายแดนไทย-พม่า พื้นที่และเขตการปกครองประกอบด้วย 7 ตำบล 1 เทศบาล 66 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ชุมชน 11.27 ตร.กม. พื้นที่เทศบาล 2.4 ตร.กม. มีจำนวนประชากร 33,664 คน 13,056 ครัวเรือน (พ.ศ.2559) ตามข้อกำหนดผังเมืองรวมได้มีการคาดการณ์ว่า ในปี 2568 จะมีการพัฒนาเส้นทางการคมนาคมเพื่อให้ง่ายและสะดวกต่อการเดินทางไปยังตัวเมืองและสถานที่ต่างๆและมีการเพิ่มขนาดพื้นที่อยู่อาศัยรวมถึงพื้นที่พาณิชยกรรม เนื่องจากเมืองปายมีการขยายตัวทางธุรกิจการท่องเที่ยวและมีอัตราการเติบโตของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวอย่างรวดเร็ว จนทำให้ปายติดอันดับต้นๆของสถานที่ท่องเที่ยวในประเทศไทย มีการส่งเสริมการท่องเที่ยวทั้งจากในพื้นที่ จากนโยบายของรัฐ ตลอดจนจากการจัดกิจกรรมด้านสันถนาการของพื้นที่ใกล้เคียงหรือขององค์กรจากภาคเอกชน ทำให้มีกิจกรรมที่ทำให้เกิดขยะจากการท่องเที่ยวประเภทต่างๆเพิ่มมากขึ้น มีจำนวนผู้ประกอบการร้านค้า ร้านอาหาร โรงแรม รีสอร์ท บริษัทนำเที่ยวเพิ่มขึ้น มีสถานที่ท่องเที่ยวเกิดขึ้นใหม่ซึ่งมาจากการส่งเสริมการท่องเที่ยวในฤดูกาลและเทศกาลต่างๆ ปัจจุบันอำเภอปายประสบปัญหาด้านการจัดการขยะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะที่มาจากนักท่องเที่ยวในพื้นที่อย่างรวดเร็วและต่อเนื่องตลอดทั้งปี ส่งผลต่อคุณภาพการจัดการขยะของหน่วยงานในพื้นที่ ผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากการเก็บตัวอย่างขยะ และการใช้แบบสำรวจความคิดเห็นในการสำรวจปัญหา และหาปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการจัดการขยะในพื้นที่ศึกษาจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและด้านอื่นๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ

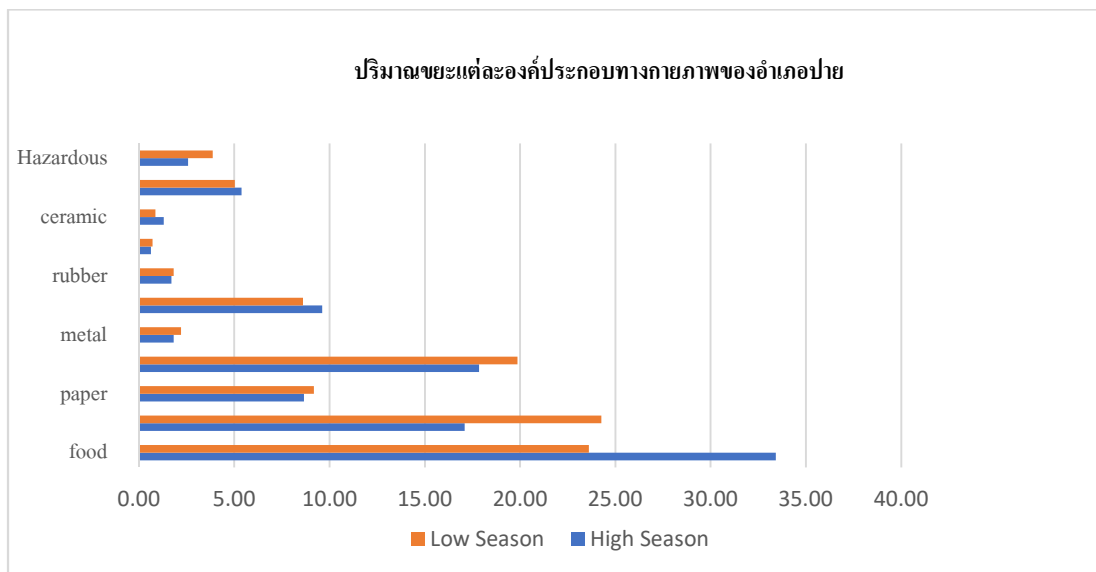
ข้อมูลปริมาณขยะพบว่า ในพื้นที่เมืองเกิดขยะวันละ 6.07 ตัน นอกเมืองวันละ 1.9 ตัน อัตราการเกิดขยะจากประชาชนในเขตเมืองเท่ากับ 0.9 กิโลกรัม/คน/วัน อัตรา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การเกิดขยะจากประชาชนนอกเขตเมืองเท่ากับ 0.2 กิโลกรัม/คน/วัน อัตราการเกิดขยะจากนักท่องเที่ยวที่ค้างคืนเท่ากับ 0.64 กิโลกรัม/คน/วันในช่วง Low Season และอัตราการเกิดขยะจากนักท่องเที่ยวที่ค้างคืนเท่ากับ 1.17 กิโลกรัม/คน/วันในช่วง High Season

ผลการศึกษาปริมาณและลักษณะองค์ประกอบทางกายภาพของขยะจากจุดกำจัดขยะจาก 7 ตำบลในอำเภอปาย ด้วยวิธีการ Quartering Method โดยทำการเก็บตัวอย่างตามจุด 3 ครั้งในช่วง High Season (ธันวาคม 2016 – กุมภาพันธ์ 2017) และในช่วง Low Season (มีนาคม 2017 – พฤษภาคม 2017) พบว่าในช่วง High season มีนักท่องเที่ยวเดินทางมาพักแรมในเขตเมืองและเดินทางท่องเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ จำนวนมากทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ทำให้ร้านอาหารทั้งร้านทั่วไปและร้านอาหารในโรงแรมต่างๆ ได้รับความนิยมน้อยลง ขยะเศษอาหารจึงมีมาก ในขณะที่ Low season ก็มี

นักท่องเที่ยวเดินทางมาเหมือนกันแต่น้อยกว่าช่วง high season ขยะพลาสติกและแก้วจะมีปริมาณมากเป็นพิเศษ ในช่วง Low season เนื่องจากในพื้นที่ศึกษาที่มีสภาพอากาศร้อนมากกว่าพื้นที่อื่นๆ เนื่องจากเป็นพื้นที่สูง เครื่องดื่มประเภทน้ำดื่ม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงได้รับความนิยมอย่างมากทั้งจากการนำมาจำหน่ายโดยผู้ประกอบการ และนักท่องเที่ยวนำมาเองจากนอกพื้นที่ อีกทั้งยังมีสถานประกอบการรายย่อยเกิดขึ้นในฤดูกาล เช่น ร้านค้าต่างๆ ที่ติดกับแหล่งน้ำที่ได้รับการส่งเสริมให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวเฉพาะในช่วงฤดูร้อน ส่งผลให้มีปริมาณมากกว่าที่มีในช่วง High season อย่างชัดเจน ส่วนขยะอันตรายพบมากในช่วง Low season มากกว่าช่วง High season เนื่องจากเป็นขยะอันตรายประเภทขยะอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะเครื่องใช้ไฟฟ้าที่มีขนาดใหญ่



ภาพประกอบ 3 ปริมาณองค์ประกอบขยะทางกายภาพของอำเภอปายช่วง Low Season และ High Season (2016-2017)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษาซึ่งได้แก่ ประชาชน ผู้ประกอบการ และเจ้าหน้าที่ของภาครัฐที่ปฏิบัติงานด้านการจัดการขยะ จากการศึกษาด้วยการใช้แบบสอบถาม พบว่า ผู้ให้ข้อมูลในส่วนของภาคประชาชนและผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.8 และ ร้อยละ 65.2 ตามลำดับ) ส่วนเจ้าหน้าที่ภาครัฐส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.1) โดย

ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-60 ปี ได้แก่ ประชาชน (40-60 ปี ร้อยละ 42.9) ผู้ประกอบการ (20-40 ปี ร้อยละ 54.6) และเจ้าหน้าที่ของภาครัฐ (40-60 ปี ร้อยละ 44.2) ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอิสระ (ร้อยละ 61.6) ระดับการศึกษาของประชาชนและผู้ประกอบการส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมและมัธยม ส่วนเจ้าหน้าที่อยู่ในชั้นมัธยมจนถึงปริญญาตรี โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ส่วนมากมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ศึกษา (ประชาชน ร้อยละ 80.3 ผู้ประกอบการ ร้อยละ 80.7 และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ร้อยละ 62.8 ตามลำดับ) อาศัยอยู่ในอำเภอปายมากกว่า 30 ปี (ประชาชน ร้อยละ 43.0 ผู้ประกอบการ ร้อยละ 53.6 และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ร้อยละ 34.9ตามลำดับ) และไม่มีแผนการย้ายที่อยู่อาศัยไปพื้นที่อื่น (ประชาชนร้อยละ 79.6 และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ร้อยละ 74.4)

นักท่องเที่ยวที่เดินทางมาท่องเที่ยวทั้งในฤดูกาลท่องเที่ยว(ฤดูหนาว)และในฤดูที่ไม่ใช่ฤดูกาลท่องเที่ยว มีทั้งนักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติ เป็นนักท่องเที่ยวชาวไทยเพศชาย(49.2%)เพศหญิง(50.2%)และนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเพศชาย (ร้อยละ 47.6) เพศหญิง (ร้อยละ 52.1) ทั้งหมดมีอายุระหว่าง 20-40 ปี ระดับวุฒิการศึกษา อาชีพ และรายได้ของนักท่องเที่ยวชาวไทยส่วนมากคือ ระดับชั้นมัธยม (ร้อยละ 58.4)ประกอบอาชีพอิสระ (ร้อยละ 60.3)มีรายได้น้อยกว่า 15,000 (ร้อยละ 46.7) ส่วนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 44.4) ประกอบอาชีพในภาคเอกชน (34.8%) มีรายได้มากกว่า 35,000(47.4%)ตามลำดับ ทั้งนักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติต่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือของ

ประเทศ (ชาวไทย ร้อยละ 46.3 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 33.1) ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในการเลือกสถานที่ท่องเที่ยว (ชาวไทย ร้อยละ 64.4 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 52.1)รูปแบบการเดินทางคือการเดินทางคนเดียว (ชาวไทยร้อยละ 29.8 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 38.6) โดยนักท่องเที่ยวชาวไทยเลือกเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทาง (ร้อยละ 53.3) ส่วนนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติเดินทางโดยใช้เครื่องบิน (ร้อยละ 57.4) ระยะเวลาในการท่องเที่ยวแต่ละครั้งนักท่องเที่ยวชาวไทยใช้เวลาเพียง 1-2 วัน(ร้อยละ 52.7)และเลือกเดินทางมาท่องเที่ยวในช่วงวันธรรมดา (ร้อยละ 34.0) ในขณะที่นักท่องเที่ยวต่างชาติใช้เวลามากกว่า 7 วัน (ร้อยละ 67.7) และมักเดินทางมาท่องเที่ยวในช่วงวันที่มีความสะดวกที่สุด (ร้อยละ 61.7)นักท่องเที่ยวทั้งหมดมีการพักค้างคืน (ชาวไทย ร้อยละ 83.5 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 89.5)โดยเฉลี่ย 1-2 คืน (ชาวไทย ร้อยละ 55.9 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 36.1) โดยใช้บริการที่พักประเภทโรงแรม (ชาวไทย ร้อยละ 48.9 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 35.3)ใช้บริการร้านอาหาร 2 มื้อ/วัน (ชาวไทย ร้อยละ 50.8 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 44.1) และชื่นชอบแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่สุด (ชาวไทย ร้อยละ 88.3 ชาวต่างชาติ ร้อยละ 67.4)

ตาราง 1 ข้อมูลการจัดการขยะในพื้นที่ศึกษา

ข้อมูลการจัดการขยะ	กลุ่มประชากร	
	ประชาชน	ผู้ประกอบการ
1.จำนวนสมาชิกในครัวเรือน/สถานประกอบการ	2-3 คน (ร้อยละ 53.8)	น้อยกว่า 10 คน (ร้อยละ 79.7)
2.ความรู้ในการคัดแยกขยะ	มีความรู้ (ร้อยละ 46.1)	ไม่มีความรู้ (ร้อยละ 73.9)
3.การคัดแยกขยะภายในครัวเรือน/สถานประกอบการ	ไม่ได้คัดแยก (ร้อยละ 44.6)	ไม่ได้คัดแยก (ร้อยละ 76.3)
4.ปริมาณขยะเฉลี่ยต่อวัน	น้อยกว่า 1 กิโลกรัม (ร้อยละ 44.2)	1-2 กิโลกรัม (ร้อยละ 63.8)
5.จำนวนจุดรวบรวมขยะ	-	มากกว่า 1จุด (ร้อยละ 56.5)
6.ชนิดของขยะที่มากที่สุด	เศษอาหาร (ร้อยละ 45.6)	เศษอาหาร (ร้อยละ 60.4)
7.วิธีการกำจัดขยะ	ทิ้งในถังขยะของหน่วยงาน (ร้อยละ 56.7)	ทิ้งในถังขยะของหน่วยงาน (ร้อยละ 87.9)
8.ระยะเวลาในการสะสม	1 วัน (ร้อยละ 59.8)	1 วัน (ร้อยละ 82.1)
9.การกำจัดขยะอันตราย	ทิ้งในถังขยะของหน่วยงาน (ร้อยละ 57.6)	ทิ้งในถังขยะของหน่วยงาน (ร้อยละ 87.9)
10.องค์กรอื่นในพื้นที่ที่รับกำจัดขยะ	ไม่มี (ร้อยละ 62.1)	ไม่มี (ร้อยละ 70.5)
11.รายจ่ายในการกำจัดขยะ	ไม่มี (ร้อยละ 50.2)	มี (ร้อยละ 72.5)
12.ค่าบริการกำจัดขยะ	ไม่มี(ร้อยละ 46.6) น้อยกว่า 50บาท(ร้อยละ 43.8)	น้อยกว่า 50บาท(ร้อยละ 77.3)
13.ความเหมาะสมของค่าบริการกำจัดขยะ	เหมาะสม (ร้อยละ 87.3)	เหมาะสม (ร้อยละ 97.1)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

จากตาราง 1 พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-3 คน (ร้อยละ 53.8) ส่วนผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีสมาชิกในสถานประกอบการไม่เกิน 10 คน (ร้อยละ 79.7) ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการจัดการขยะ (ร้อยละ 46.1) แต่ไม่มีการคัดแยกขยะ (ร้อยละ 44.6) ในขณะที่ผู้ประกอบการส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ด้านการจัดการขยะ (ร้อยละ 73.9) จึงไม่มีการคัดแยกขยะ (ร้อยละ 76.3) ปริมาณขยะโดยเฉลี่ยต่อวันจากครัวเรือน มีน้อยกว่า 1 กิโลกรัม (ร้อยละ 44.2) ส่วนปริมาณขยะโดยเฉลี่ยต่อวันจากสถานประกอบการ อยู่ที่ 1-2 กิโลกรัม (ร้อยละ 63.8) โดยมาจากจตุรบรรวมขยะมากกว่า 1 จุด (ร้อยละ 56.5) ขยะประเภทเศษอาหารมีมากที่สุด (จากครัวเรือน ร้อยละ 45.6 และจากสถานประกอบการร้อยละ 60.4) มีการรวบรวมขยะไว้ประมาณ 1 วัน (จากครัวเรือน ร้อยละ 59.8 และจากสถาน

ประกอบการร้อยละ 82.1) และถูกทิ้งลงในถังขยะของหน่วยงานที่รับผิดชอบ (จากครัวเรือน ร้อยละ 56.7 และจากสถานประกอบการร้อยละ 87.9) โดยขยะอันตรายก็ถูกทิ้งลงในถังขยะของหน่วยงานที่รับผิดชอบด้วยเช่นกัน (จากครัวเรือน ร้อยละ 57.6 และจากสถานประกอบการร้อยละ 87.9) เพราะเห็นว่าไม่มีหน่วยงานอื่นอีกที่รับกำจัดขยะในพื้นที่ศึกษา (จากครัวเรือน ร้อยละ 62.1 และจากสถานประกอบการร้อยละ 70.5) ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ไม่มีค่าบริการในการกำจัดขยะที่ต้องจ่าย (ร้อยละ 50.2) แต่สำหรับสถานประกอบการมีค่าบริการในการกำจัดขยะที่ต้องจ่าย (ร้อยละ 72.5) ซึ่งทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความเห็นว่าค่าบริการในการกำจัดขยะ น้อยกว่า 50 บาท นั้นมีความเหมาะสมแล้ว (ประชาชน ร้อยละ 87.3 และผู้ประกอบการร้อยละ 97.1)

ตาราง 2 สภาพปัญหาขยะที่เกิดจากการท่องเที่ยวในพื้นที่ศึกษา

ระดับสภาพปัญหา	สภาพปัญหาต่างๆ	ระดับปัญหา	ผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ)
1	ปริมาณขยะในจุดดูแลนักท่องเที่ยว	4	40.0
2	กลิ่นเหม็นรบกวน	3	39.2
3	ขยะอันตรายที่ปะปนอยู่กับขยะทั่วไป	3	36.9
4	ขยะที่หลงเหลือจากการเก็บขนไม่หมด	3	36.3
5	ควันจากการเผาขยะ	3	36.2
6	ปริมาณขยะจากโรงแรม ที่พักแรม	3	35.2
7	ความรวดเร็วในการจัดการขยะของหน่วยงาน	3	34.9
8	ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย	3	34.5
9	การทิ้งขยะผิดที่จากโรงพยาบาลหรือคลินิก	3	33.7
10	ปริมาณขยะจากสถานที่ท่องเที่ยว	3	33.3
11	การทิ้งขยะในที่สาธารณะ	3	33.1
12	ความไม่ระเบียบและความไม่สะอาดจุดทิ้งขยะ	3	31.6
13	แมลง / สัตว์รบกวน / พาหะนำโรค	3	31.0
14	ความเพียงพอของถังขยะ	3	30.6

หมายเหตุ : ระดับ 5 หมายถึง มีปัญหามากที่สุด 4 หมายถึง มีปัญหามาก 3 หมายถึง มีปัญหปานกลาง 2 หมายถึง มีปัญหาน้อย 1 มีปัญหาน้อยที่สุด

จากตาราง 2 พบว่าปัญหาขยะที่มาจาก การท่องเที่ยวตลอดทั้งปีมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน โดยระดับความรุนแรงของปัญหาต่างๆจากการวิเคราะห์ ข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นจากประชาชนในพื้นที่ ภาคเอกชน ภาครัฐ และนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและ

ชาวต่างชาติ โดยลำดับความรุนแรงของปัญหาเรียงลำดับ จากปัญหาที่มีความรุนแรงมากที่สุดไปสู่อันดับความรุนแรงน้อยเป็นดังนี้ คือ 1. ปริมาณขยะในจุดดูแลนักท่องเที่ยว (มีปัญหามาก คิดเป็น ร้อยละ 40) 2. กลิ่นเหม็นรบกวน (มีปัญหปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 39.2) 3. ขยะอันตรายที่ปะปนอยู่กับ

ขยะทั่วไป(มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 36.9) 4. ขยะที่หลงเหลือจากการเก็บขนไม่หมด (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 36.3) 5. ควันจากการเผาขยะ (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 36.2) 6. ปริมาณขยะจากโรงแรมที่พักแรม (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 35.2) 7. ความรวดเร็วในการจัดการขยะของหน่วยงาน (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 34.9) 8. ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 34.5) 9. การทิ้งขยะติดเชื้องจากโรงพยาบาลหรือคลินิก (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น

ร้อยละ 33.7) 10. ปริมาณขยะจากสถานที่ท่องเที่ยว (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 33.3) 11. การทิ้งขยะในที่สาธารณะ (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 33.1) 12. ความไม่มีระเบียบและความไม่สะอาดจุดทิ้งขยะ (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 31.6) 13. แมลง /สัตว์รบกวน /พาหะนำโรค (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 31.1) และ 14. ความเพียงพอของถังขยะ (มีปัญหาลานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 30.6) ตามลำดับ

ตาราง 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะจากการท่องเที่ยวในพื้นที่ศึกษา

ระดับความสำคัญ	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะ	ระดับการส่งผล	ผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ)
1	งบประมาณ	3	40.9
2	ความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะของเจ้าหน้าที่	4	39.7
3	จำนวนเจ้าหน้าที่	4	36.7
4	การสนับสนุนจากกลุ่มงานอื่นๆ/องค์กรอิสระอื่นๆนอกพื้นที่	3	36.7
5	การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ด้านการจัดการขยะ	3	36.3
6	ความร่วมมือจากผู้ประกอบการ โรงแรม ร้านอาหารและสถานบริการ	3	36.0
7	สถานที่ทิ้งขยะ/จุดรวบรวมขยะก่อนนำไปกำจัด	3	35.7
8	นโยบายการจัดการขยะของหน่วยงานที่รับผิดชอบ	4	35.2
9	ความเข้มแข็งของชุมชน	3	34.6
10	ความร่วมมือของประชาชน	3	34.1
11	ความร่วมมือจากนักท่องเที่ยวชาวไทย	3	34.0
12	วิสัยทัศน์ของผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น	4	33.8
13	ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในการจัดการขยะ	3	33.7
14	วิสัยทัศน์ของผู้บริหารองค์กร	3	33.3
15	ความร่วมมือจากนักท่องเที่ยวต่างชาติ	3	32.2
16	วัสดุอุปกรณ์ในการจัดการ อาทิ ถังขยะ รถเก็บขน	3	31.7
17	การคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิด	3	30.7

หมายเหตุ: ระดับ 5 หมายถึง ส่งผลมากที่สุด 4 หมายถึง ส่งผลมาก 3 หมายถึง ส่งผลปานกลาง 2 หมายถึง ส่งผลน้อย และ 1 ส่งผลน้อยที่สุด

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต่อบริการที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการจัดการขยะจากการท่องเที่ยวบนพื้นที่ต้นน้ำ ประกอบด้วย 17 ปัจจัย โดยระดับการส่งผลของปัจจัยต่างๆจากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 กลุ่มประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่ ภาคเอกชน ภาครัฐ และนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ โดยลำดับความสำคัญของปัจจัยต่างๆเรียงลำดับจากปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดไปสู่อันดับที่

ความสำคัญน้อยเป็นดังนี้ โดยปัจจัยที่ส่งผลมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1.งบประมาณ (ส่งผลปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.9) 2. ความรู้ความเข้าใจในการจัดการขยะของเจ้าหน้าที่ 3 จำนวนเจ้าหน้าที่ (ส่งผลมาก คิดเป็น ร้อยละ 36.7) 4. การสนับสนุนจากกลุ่มงานอื่นๆ/องค์กรอิสระอื่นๆนอกพื้นที่ (ส่งผลปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 36.7) และ 5. การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์ ด้านการจัดการขยะ (ส่งผลปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 36.3) ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสำคัญน้อยที่สุด 2

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

อันดับสุดท้าย ได้แก่ 16. วัสดุอุปกรณ์ในการจัดการ อาทิ ถังขยะ รถเก็บขน (ส่งผลปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.7) 17. การคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิด (ส่งผลปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.7) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

อำเภอปายเป็นพื้นที่ที่ได้รับความนิยมอย่างมากในการท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติ ปัญหาจากการพัฒนาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวตลอดจนการขยายพื้นที่เมืองในการรองรับนักท่องเที่ยวส่งผลให้เกิดการส่งเสริมการท่องเที่ยวอย่างไร้ขีดจำกัด ปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในฤดูท่องเที่ยวส่งผลให้เกิดปัญหาในการจัดการขยะในพื้นที่ ชนิดของขยะแต่ละประเภทพบว่าช่วง High Season ขยะที่มีปริมาณมากที่สุดคือขยะเศษอาหาร ซึ่งมีความสอดคล้องกับขยะชุมชนทั่วไปแต่ในช่วง Low Season พบขยะรีไซเคิลประเภทแก้วและพลาสติกมากที่สุด ทั้งสองฤดูกาลท่องเที่ยวมีสัดส่วนและมีปริมาณขยะอันตรายปะปนอยู่มากซึ่งส่วนมากเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์และเครื่องใช้ไฟฟ้า ส่วนขยะรีไซเคิลนั้น เป็นผลมาจากอากาศที่ร้อนมากในตอนกลางวันช่วง Summer และมีการส่งเสริมการท่องเที่ยวในช่วง Green Season เครื่องดื่มต่างๆจึงได้รับความนิยมมาก การจัดการขยะที่ไม่เหมาะสมในแต่ละช่วงฤดูกาล ทำให้เกิดปัญหาต่างๆด้านขยะตามมา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมโดยรวม จากผลการทดลองพบว่า ปัญหาขยะที่เกิดจากการท่องเที่ยวอันดับ 1 ได้แก่ ปริมาณขยะในฤดูกาลท่องเที่ยว ซึ่งเมื่อทำการทดลองผลการทดลองไม่เป็นไปตามที่คิดไว้ ได้แก่ ผลการสำรวจของสภาพปัญหาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ในฤดูท่องเที่ยวจะมีปริมาณขยะสูงมากกว่าในฤดูกาลที่ไม่ใช่ฤดูกาลท่องเที่ยวอย่างชัดเจนและมีนัยสำคัญเมื่อทำการทดลองพบว่า ปริมาณขยะใน 2 ฤดูกาล มีความแตกต่างกันค่อนข้างน้อยแต่มีความแตกต่างของปริมาณองค์ประกอบขยะ และปริมาณขยะอันตรายกลับพบในฤดูการท่องเที่ยวที่ไม่ใช่ฤดูกาลท่องเที่ยวมากกว่าในฤดูการท่องเที่ยว ปัญหาการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะในฤดูกาลท่องเที่ยวมีความสอดคล้องกันกับผลการทดลองของ Panate Manomaivibool⁽¹⁰⁾ ในปี 2015 ซึ่งได้ทำการสำรวจปริมาณขยะในช่วงปีใหม่

บริเวณเขตเศรษฐกิจสามเหลี่ยมทองคำซึ่งมีนักท่องเที่ยวเดินทางไปท่องเที่ยวจำนวนมาก และมีความสอดคล้องกับเหตุผลของ Graeme MacRae & Ljiljana Rodic⁽¹¹⁾ ในปี 2015 ว่าเมืองขนาดเล็กจะมีปัญหาในการจัดการที่ไม่ซับซ้อนเท่ากับเมืองใหญ่และมีการแข่งขันเรื่องการจัดการขยะน้อยหรือแทบไม่มีเลย จึงส่งผลให้การจัดการขยะมีแรงกดดันไม่มากนักนอกจากนี้ในพื้นที่อำเภอปายยังประกอบด้วยปัจจัยที่อ่อนไหวในการจัดการขยะ ได้แก่ ชาติพันธุ์ ความหลากหลายทางศาสนา ความหลากหลายของเชื้อชาติในพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามที่ Eriksson and Baký⁽¹³⁾ กล่าวเมื่อปี 2010 ว่าปัจจัยอ่อนไหวเป็นอีกตัวแปรที่มีความสำคัญในการจัดการขยะและปัญหาปริมาณขยะที่มีอยู่สูงมากในเขตกลางเมืองซึ่งมีพื้นที่ไม่มาก เป็นอีกประเด็นที่มีความสอดคล้องกับ Yong Liu 2017⁽¹⁴⁾ ที่ได้สรุปว่า การเกิดมลพิษที่หนาแน่นในเมืองที่อยู่กลางภูเขา มีความสำคัญมากในหลายมิติของเรื่องการจัดการขยะ และเนื่องจากในพื้นที่ศึกษาไม่มีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านสิ่งแวดล้อมหรือจบการศึกษาในสายงานทางสิ่งแวดล้อม ผลการสำรวจเรื่องปัจจัยสำคัญในความคิดเห็นของทุกภาคส่วนจึงมีความเห็นในทางเดียวกันว่าควรมีบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านสิ่งแวดล้อมมาทำงานในด้านการจัดการขยะโดยตรง เนื่องจากมีการเพิ่มพื้นที่เมืองและมีการขยายเมืองตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของอำเภอปายซึ่งสอดคล้องกับบทสรุปของ Storey 2015⁽⁸⁾ ผลการศึกษาวิจัยนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาอื่น ๆ หรือนำไปใช้ประกอบการพัฒนาการจัดการขยะที่เกิดจากการท่องเที่ยวในปัจจุบัน ในอนาคต หรือใช้ได้กับพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

ในอนาคตอาจมีการใช้แผนที่ทางภูมิประเทศและระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพิ่มเติม ข้อมูลการศึกษาสามารถนำไปประกอบการวางแผนการจัดการท่องเที่ยว การแก้ไขปัญหาขยะจากการท่องเที่ยวที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดการขยะจากการท่องเที่ยวในพื้นที่ต้นน้ำอื่นๆหรือพื้นที่อื่นๆที่มีลักษณะภูมิประเทศคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Hrubcova, Gabriela, Tomas Loster, and Petr Obergruber. "The Economic Effects of Tourism in the Group of the Least Developed Countries." **Procedia Economics and Finance** 39: 2016 , 476–81.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212567116303513>.
2. Chaisumpunsakul, W., & Pholphirul, P. Does international trade promote international tourism demand? Evidence from Thailand's trading partners. **Kasetsart Journal of Social Sciences**. 2017.
3. Qureshi, M. I., Hassan, M. A., Hishan, S. S., Rasli, A. M., & Zaman, K. Dynamic linkages between sustainable tourism, energy, health and wealth: Evidence from top 80 international tourist destination cities in 37 countries. **Journal of Cleaner Production**, 158, 143–155. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.05.001>
4. Lu, W., Yuan, H., Li, J., Hao, J. J. L., Mi, X., & Ding, Z. An empirical investigation of construction and demolition waste generation rates in Shenzhen city, South China. **Waste Management**, 31(4), 2011 , 680–687.
<https://doi.org/10.1016/j.wasman.2010.12.004>
5. O'Reilly, A. M. Tourism carrying capacity. Concept and issues. **Tourism Management**, 7(4), 1986 , 254–258.
[https://doi.org/10.1016/0261-5177\(86\)90035-X](https://doi.org/10.1016/0261-5177(86)90035-X)
6. Mateu-Sbert, J., Ricci-Cabello, I., Villalonga-Olives, E., & Cabeza-Irigoyen, E. The impact of tourism on municipal solid waste generation: The case of Menorca Island (Spain). **Waste Management**, 33(12), 2013 , 2589–2593.
<https://doi.org/10.1016/j.wasman.2013.08.007>
7. Kariminia, S., Ahmad, S. S., & Hashim, R. Assessment of Antarctic Tourism Waste Disposal and Management Strategies towards a Sustainable Ecosystem. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 68, 2012 , 723–734.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.12.262>
8. Storey, D., Santucci, L., Fraser, R., Aleluia, J., & Chomchuen, L. Designing effective partnerships for waste-to-resource initiatives: Lessons learned from developing countries. **Waste Management and Research**, 33(12), 2015 , 1066–1075.
<https://doi.org/10.1177/0734242X15602964>
9. Arbulú, I., Lozano, J., & Rey-Maqueira, J. Tourism and solid waste generation in Europe: A panel data assessment of the Environmental Kuznets Curve. **Waste Management**, 46, 2015, 628–636. <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2015.04.014>
10. Manomaivibool, P. Wasteful tourism in developing economy? A present situation and sustainable scenarios. *Resources, Conservation and Recycling*, 103, 2015, 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2015.07.020>
11. MacRae, G., & Rodic, L. The weak link in waste management in tropical Asia? Solid waste collection in Bali. **Habitat International**, 50, 2015, 310–316. <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2015.09.002>
12. Ștefănița, M., & Butnaru, G. I.. Research on Tourists' Perception of the Relationship between Tourism and Environment. **Procedia Economics and Finance**, 20, 2015, 595–600. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00113-6)
13. Eriksson, O., & Baky, A. Identification and testing of potential key parameters in system analysis of municipal solid waste management. **Resources, Conservation and Recycling**, 54(12), 2010 , 1095–1099.
<https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2010.03.002>
14. Liu, Y. Industrial pollution resulting in mass incidents: Urban residents' behavior and conflict mitigation. **Journal of Cleaner Production**, 166, 2017, 1253-1264.
15. Nilnoppakun, A., & Ampavat, K. Is Pai a Sustainable Tourism Destination? **Procedia Economics and Finance**, 39, 2016 , 262–269. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(16\)30322-7](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(16)30322-7)

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

**The Administrative Factors Affecting The Performance Of Responsible Officers In Health Consumer
Protection In Sub-District Health Promoting Hospital, Khon Kaen ,Province**

ปรารธนา เรืองรัตน์¹ สุวิทย์ อุคตพานิชย์²

Prathana Reungrut¹ Suwit Udompanich²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 102 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2560 - 20 เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.46), 3.76 (S.D. = 0.40) ตามลำดับ และพบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบ ($r = -0.207$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.760$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยปัจจัยบริหารด้านกำลังคน ($r = -0.746$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยบริหารด้านเวลา ($r = 0.714$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยบริหารด้านกระบวนการบริหาร ($r = 0.647$, $p\text{-value} < 0.001$) จัดการ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 67.5

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร, การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ABSTRACT

This Survey Research research aimed to study the individual and administrative factor affecting performance of responsible officers in health consumer protection in sub-district health promoting hospital, Khon Kaen province. The samples were 102 personnel. This study was collecting both quantitative and qualitative data. Focus group guideline was use to collect the data from 12 people's key informants who can provide intensive information on the topics. Data collected between March 20th, 2017 - April 20th, 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions.

The results showed that the administrative and the performance of responsible officers in health consumer protection in sub-district health promoting hospital, Khon Kaen province were at high level with averages 3.59 (S.D. = 0.46), 3.76 (S.D. = 0.40), respectively. The administrative factors had high positive relationship with performance of Responsible Officers In Health Consumer Protection ($r = 0.760$, $p\text{-value} < 0.001$). The administrative factors ; man time management can predict performance of of responsible officers in health consumer protection in sub-district Health Promoting Hospital, Khon Kaen province at 67.5 percent.

Keywords: Administrative factor, Consumer protection performance

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

งานคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้ผู้บริโภค ได้รับความปลอดภัยและไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบในการใช้และบริโภคผลิตภัณฑ์ต่างๆโดยมีการดำเนินงานหลายด้านทั้งในเชิงรุก โดยในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลมีนโยบายด้านสาธารณสุขข้อ 3.3.3 “ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขโดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับนโยบายมาดำเนินการและกำหนดภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็น 5 ด้าน คือ ด้านรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านฟื้นฟูสภาพ และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค⁽¹⁾

เกิดแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) โดยเริ่มในเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองก่อน ต่อมาจึงขยายแผนสู่ภูมิภาค โดยมีเป้าหมายครอบคลุมประชากรทุกหมู่บ้าน และได้มีการดำเนินการต่อเนื่องมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และ ฉบับที่ 8 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเห็นได้ชัดเจนในแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) เกิดการขยายขอบข่ายและมีการเข้าถึงประชาชน มีการกำหนดกลวิธีต่างๆ โดยเร่งรัดมาตรการเพื่อความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ สร้างระบบการเฝ้าระวังและมีการติดตาม ตรวจสอบที่มีคุณภาพมุ่งเน้นประสิทธิภาพ และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ได้มุ่งเน้นการพัฒนาประเทศเพื่อเตรียมความพร้อมรับกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว⁽²⁾

งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขจึงถือเป็นหนึ่งในภารกิจที่สำคัญซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องดำเนินการเพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆอย่างเหมาะสมตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้บริโภคมี

ภูมิความรู้ในการเลือกบริโภค โดยมีแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังนี้ 1) การพัฒนาระบบฐานข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลผลการดำเนินงานและระบบรายงาน และข้อมูลวิชาการที่เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้เครือข่ายผู้บริโภคในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้บริโภคและการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ประกอบการ 3) การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง ได้แก่ การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยง⁽³⁾ ในการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค นั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัย พบว่าการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูลรองลงมาคือด้านการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง⁽⁴⁾

จากบทบาทในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ทราบว่า การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเพื่อให้เกิดผลสำเร็จของงานอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิภาพ ดังคำอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของเซอร์มาสเตอร์ (2003)⁽⁵⁾ และคณะได้อธิบายว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล มีองค์ประกอบดังนี้ คือ ประการแรก คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual Attributes) ได้แก่ ลักษณะประชากร ความสามารถและประสบการณ์ ประการที่สอง ความพยายามในการทำงานของบุคคล (Work Effort) ประการที่สาม การสนับสนุนจากองค์การ (Organization Support) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเฉพาะประเด็นคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน
กลุ่มครองผู้บริโภครด้านสุขภาพ

การปฏิบัติงานที่มุ่งหวังให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ในส่วนของพื้นที่ในการปฏิบัติงานนั้น จะต้องอาศัยความรู้ ความสามารถโดยเฉพาะปัจจัยทางการบริหาร เป็นส่วนสำคัญเพื่อให้การปฏิบัติงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขเกิดผลสำเร็จ ซึ่งหากเรานำเอาความรู้ความสามารถทางการบริหารมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานต่างๆก็จะเป็นไปตามเป้าหมาย โดยอาศัยการผสมผสาน เพื่อให้เกิดความลงตัว ซึ่งอาศัยปัจจัยทางการบริหาร ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านกำลังคน (Man) ปัจจัยด้านการเงิน (Money) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ (Material) และปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร (Management) และเวลาในการปฏิบัติงาน (Time)⁽⁶⁾

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหาร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยการดำเนินงาน เพื่อที่จะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูล ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร และปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหาร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) การเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหาร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน⁽⁷⁾ และกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มครองผู้บริโภครด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 102 คน และการสุ่มขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุที่ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุของ⁽⁸⁾ ดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาการปัจจัยการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.559

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.525

$R^2_{Y.B.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R^2_{Y.B.} = 0.034$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) = 0

เพราะฉะนั้นการศึกษาคั้งนี้ใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 102 คน สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้สูตร $I=N/n$ โดย I คือ ช่วงห่างของการสุ่ม, N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด n คือ จำนวนขนาดตัวอย่างแทนค่า $I=248/102=2.43$ ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้ใช้ช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง (I) เท่ากับ 3 สุ่มหาค่าตำแหน่งเริ่มต้น (Random Start : R) โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากตัวเลขทั้งหมดที่มีอยู่ในช่วง 1-I ผลการสุ่มได้ตำแหน่งที่ 3 จากนั้นเลือกตัวอย่างในอันดับถัดไปโดยมีช่วงห่างของแต่ละตัวอย่างเท่ากับระยะห่างของการสุ่ม (3, 6, 9, ... , In + 3) จากนั้นนำรหัสสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยเรียงตามรหัสของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสุ่มหาค่าตำแหน่งเริ่มต้นตามสูตรจนครบตามจำนวน 102 ตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานงานคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ดีที่สุดใน (Key informants) โดยแบ่งเป็น 4 โชนๆละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับ ปัจจัยการบริหาร และการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1)⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถาม

เกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และส่วนที่4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 การแปลผลคะแนนระดับโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย⁽¹¹⁾ โดยแบ่งระดับ คือ มากที่สุด(4.50-5.00) มาก(3.50-4.49) ปานกลาง(2.50-3.49) น้อย(1.50-2.49) และน้อยที่สุด(1.00-1.49) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2560 ถึง วันที่ 20 เมษายน 2560

2. การสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆจากงานวิจัยเชิงปริมาณมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลและสาเหตุของปัญหานั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนากลุ่มไว้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยการบริหาร ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 20 พฤษภาคม 2560

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และ ค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่ม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

แล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน(Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือ การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariate Relationship)⁽¹²⁾

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602012.

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 52.9 อายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 30.4 อายุเฉลี่ย 41.40 ปี (S.D. = 9.83 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 58 ปี สถานภาพสมรส (คู่) ร้อยละ 65.6 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 67.7 มีรายได้เฉลี่ย 30,444 บาท(S.D. = 10,786.38 บาท) รายได้ต่ำสุด 12,000 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 70.6 มีค่ามัธยฐานที่ 41.40 ปี (S.D. = 9.83 บาท) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานต่ำสุดคือ 1ปี และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานสูงสุด คือ 36 ปี)

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาระดับปัจจัยทางการบริหารที่มีผล

ต่อการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.46) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 (S.D. = 0.51) รองลงมาคือปัจจัยด้านเวลา อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D. = 0.51) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยด้านกำลังคน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.45 (S.D. = 0.58) และปัจจัยด้านการเงิน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.54 (S.D. = 0.58) ตามลำดับ

3.ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 คะแนน (S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D. = 0.46) รองลงมาคือ ด้านการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย 3.77 คะแนน (S.D. = 0.42) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ให้เครือข่ายผู้บริโภคในชุมชนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D. = 0.46)

4. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ(หญิง)	0.094	0.349	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	- 0.207*	0.037	ต่ำ
สถานภาพสมรส(คู่)	- 0.050	0.616	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา(ปริญญาตรีขึ้นไป)	- 0.063	0.131	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	- 0.126	0.206	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	- 0.036	0.717	ไม่มีความสัมพันธ์

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.207$, $p\text{-value} = 0.005$)

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ปัจจัยทางการจัดการบริหารกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ปัจจัยทางการบริหาร	การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านกำลังคน	0.746*	<0.001	สูง
ด้านงบประมาณ	0.518*	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.511*	<0.001	ปานกลาง
ด้านกระบวนการบริหาร	0.647*	<0.001	ปานกลาง
ด้านเวลา	0.717*	<0.001	สูง

* ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยทางการบริหาร พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครอง

ผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.760$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านกำลังคน และปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลา มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.746$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.714$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) และพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์และปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.518$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.511$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.647$, $p\text{-value} < 0.0019$ ตามลำดับ)

5.สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยการบริหารกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของ

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.760$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคน ($r = 0.746$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ($r = 0.714$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ ($r = 0.518$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.511$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหาร ($r = 0.647$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² Change
ด้านการกำลังคน	0.288	0.418	5.220	<0.001	0.746	0.556	-
ด้านเวลา	0.268	0.341	4.321	<0.001	0.810	0.656	0.100
ด้านกระบวนการบริหาร	0.146	0.186	2.376	0.019	0.822	0.675	0.019

คงที่ = 1.223, F = .67.915, P-value < 0.001, R = 0.822, R² = 0.675, R²_{adj} = 665

จากตาราง 3 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือก

เข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้คือ ปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคน ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัย

ทางการบริหารด้านกระบวนการบริหาร (p-value <0.001)

จากผลการศึกษา สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$Y = 1.223 + (0.288) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคน}) + (0.268) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา}) + (0.146) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหาร})$$

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคน ด้านเวลา ด้านกระบวนการบริหาร เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน เพิ่มขึ้น 0.288, 0.268 และ 0.146 ตามลำดับ โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนาย 1.223 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถพยากรณ์การการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 67.5

7. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ** ในปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยภาพรวม ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 102 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 33 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 32.35 จากปัญหาและอุปสรรค ข้อเสนอแนะทั้งหมด 32 ฉบับพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่คือปัญหาทางการบริหารด้านกำลังคน คิดเป็นร้อยละ 90.9

จากการสนทนากลุ่ม จากผู้ที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน พบว่าปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการเตรียมความพร้อมเมื่อมีการโยกย้ายหรือลาออก ควรมีการเลือกผู้ปฏิบัติงานแทนที่ผู้ย้ายไปปฏิบัติงาน โดยให้มีการยื่นคำร้องการ

โยกย้ายหรือลาออกไปยังหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อให้พิจารณาคุณสมบัติของบุคลากรก่อนเสมอและในการโยกย้ายจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความต้องการจะสับเปลี่ยนซึ่งถือเป็นข้อจำกัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการวางแผนอัตรากำลังเหมาะสมกับภาระงาน แต่ยังคงขาดการสนับสนุนบุคลากรให้เพียงพอกับการปฏิบัติงาน ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการจัดสรรบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอตามแผนอัตราที่กรอบงานกำหนด

สรุปและอภิปรายผล

1. เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ($r = , p\text{-value} < 0.001$) และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจาก การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เป็นงานที่มีตัวชีวิตชัดเจน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีผลลัพธ์ความสำเร็จจึงใกล้เคียงกัน

2. **ระดับปัจจัยทางการบริหารในการการปฏิบัติงาน** ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 (S.D. = 0.46) เนื่องจากปัจจัยทางการบริหาร มีความสำคัญต่อการบริหารงานเป็นอย่างมากต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยการบริหาร ซึ่งได้แก่ปัจจัยการบริหารด้านกำลังคน(Man) ต้นทุนประมาณ(Money)ด้านวัสดุอุปกรณ์หรือเครื่องมือเครื่องจักร(Material or Machine)ด้านกระบวนการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

บริหาร (Management) และเวลาในการปฏิบัติงาน (Time) โดยนำปัจจัยเหล่านี้มาผสมผสานกันอย่างเหมาะสมจึงทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ⁽⁶⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยบริหารอยู่ในระดับมาก^(13,14,15) ซึ่งในการปฏิบัติงานปัจจัยการบริหารถือว่าเป็นหัวใจหลักที่สำคัญทำให้งานทุกงานมีประสิทธิภาพถ้าผู้บริหารไม่เล็งเห็นความสำคัญในด้านการบริหารอาจทำให้การปฏิบัติงานไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ในการปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในแต่ละพื้นที่อาจได้รับปัจจัยที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่และระยะเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยบริหารอยู่ในระดับปานกลาง^(16,17,18,19)

3. ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 คะแนน (S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูล มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D. = 0.46) รองลงมาคือ ด้านการเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย 3.77 คะแนน (S.D. = 0.42) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ให้เครือข่ายผู้บริโภคในชุมชนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D. = 0.46) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก^(4,20,21,22) ในการปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในแต่ละพื้นที่อาจได้รับปัจจัยที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่และระยะเวลาในการศึกษาที่แตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ การศึกษาที่ได้มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง^(19,23,24)

4.สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางลบกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจาก การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีกรอบการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานไปในทางเดียวกัน ซึ่งมีตัวชี้วัดเป็นเกณฑ์ในการประเมินงานและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล้วนแต่ได้อบรมหลักสูตรเดียวกันมีเนื้อหาวิชาการในแนวทางเดียวกัน ถึงแม้เพศ อายุ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันก็ไม่ส่งผลทำให้การปฏิบัติงานแตกต่างกัน สถานภาพสมรสรายได้รวมไปถึงระยะเวลาการปฏิบัติงาน เมื่อมีอายุงานเพิ่มขึ้น รายได้ก็ย่อมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นคุณลักษณะส่วนบุคคลจึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค

5.สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.760$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากปัจจัยทางการบริหารจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความคล่องตัวเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า โดยปัจจัยทางการบริหาร ด้านกำลังคน และปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลา มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.746$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.714$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) และพบว่า ปัจจัยทางการบริหาร ด้านงบประมาณ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ และปัจจัยทางการบริหาร ด้านกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์ ระดับปานกลางทางบวก กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.518$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.511$, $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.647$, $p\text{-value} < 0.0019$ ตามลำดับ) การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานของการบริหารนั้น จึงจะสามารถปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการ

ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^(17,25,26) ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่างกันกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก ต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(19,27,28)

6.คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการบริโภคที่ถูกต้องไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบการ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ศึกษา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่^(15,27,28) และพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคน ปัจจัยทางการบริหารด้านกระบวนการบริหาร จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร สามารถพยากรณ์ผลการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 65.7 ซึ่ง ปัจจัยทางการบริหาร ด้านกำลังคน หากมีจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานที่เพียงพอ เหมาะสมกับความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ก็จะทำให้งานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนปัจจัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ทางการบริหาร ด้านเวลา หากมีการวางแผนให้ความสำคัญกับการบริหารเวลาและต้องเห็นความสำคัญของเวลารวมทั้งดำเนินงานให้เป็นไปตามขั้นตอนและเวลาที่กำหนด ก็จะส่งผลให้ งานบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และปัจจัยทางการบริหาร ด้านกระบวนการบริหาร หากมีการบริหารจัดการที่ดีย่อมส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปตามกระบวนการที่วางไว้ ทำให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิผล^(4,28,29)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรการวางแผน การสรรหา การคัดเลือกบุคลากรของหน่วยงานให้เหมาะสมกับปริมาณงาน ที่มอบหมาย และความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบปฏิบัติงาน คຸ້ມครອງผู้บริ โภคด้านสาธารณสุขให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนางานคຸ້ມครອງผู้บริ โภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการวางแผน การใช้เวลา กาจัดสรรเวลา การลำดับกิจกรรมในการทำงานให้เกิดความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานรวมถึงการติดตามและประเมินระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน คຸ້ມครອງผู้บริ โภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานเป็นไปตามเวลาที่กำหนดให้ให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรสนับสนุนให้มีการวางแผน การ

จัดการองค์กร การบริหารบุคลากร การอำนวยการและการควบคุมกำกับในการดำเนินงานคຸ້ມครອງผู้บริ โภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างเป็นระบบและมีการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับงานอื่นเพื่อให้งานบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ให้งานเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- 1.ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานคຸ້ມครອງผู้บริ โภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระดับการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น
- 2.ควรมีการศึกษาการมอบหมายงานที่เหมาะสมตามบทบาทศักยภาพบุคลากรเพื่อให้บุคลากรสามารถ การดำเนินงาน พัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้บรรลุผลสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ คุณพนาวลัย ญาณกิตต์กวี และคุณบุญเลิศ นิลละออง รองศาสตราจารย์ ดร. ประจักร บัวผัน อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตา อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร และขอบคุณ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นทุกท่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง เพื่อนร่วมงานในสังกัดทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.นนทบุรี: สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ,2553.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานคຸ້ມครອງผู้บริ โภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2555.

3. คณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. **แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทรวงสาธารณสุข, 2553.
4. สุมาลี ลารังสิต และประจักษ์บัวผัน. (2557). ศึกษาการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 14(3), 2557.72-76 .
5. Schemerhorn,R.,Hunt,G.,& Osborn,N.(2003).**Organization Behavior**.New York:John Wiley&Sons, 2003.
6. ประจักษ์ บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2.ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขที่สำคัญ จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2559 นำเสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 12 และคณะ รอบที่ 1. ขอนแก่น: กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2559. (เอกสารอัดสำเนา).
8. Cohen,J.**Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**.2nd ed.1988,
9. วุฒิสักดิ์ กำภายีและวิทัศน์ จัทร โพธิ์ศรี. **ปัจจัยสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น**.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
10. Likert, R. (1967). **The human organization: Its management and value**. New York: McGraw-Hill, 1967.
11. สำริง จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. **สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
12. Elifson, K. **Fandamental of social statistic**. Singapore: McGraw-Hill, 1990.
13. สุภาวดี ศรีสามมาตร และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข**, 13(2), 2556. 121-132.
14. ธีรวรรณ เหล่าวิทวัส, และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 13(2),2556. 109-120.
- 15.18. อาคม บุญญาแก้ว, และประจักษ์ บัวผัน.(2554). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขต โชนเหนือ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข**, 16(7), 2554. 855-863.
16. ไจรงค์ กาญจนะ, และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานคุณภาพระบบยาตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12. **วารสารวิจัย มข.**, 12(12),2555. 53-64.
17. มนตรี ยาสุด และ ประจักษ์ บัวผัน .บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อกระบวนการจัดการความรู้ของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**,12(3), 2555. 83-89
18. สุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. **วารสารวิจัย มข (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 10(3),2553. 75-82.
19. วรณดล กลิ่นแก้ว, และพีรศักดิ์ ศรีฤาชา. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. **วารสาร มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 9(3),2552. 28-41
20. รัชนิกร อะโน, และประจักษ์ บัวผัน. การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 8(2),2558. 117-127.
21. สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานตามบาทหน้าที่ของเจ้าพนักงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 12(4), 2555.76-88.
- 22.26. ไร่ไพพรรณ ศรีทิพย์, ภูษิตา อินทรประสงค์, และจรรยา ภัทรอาชาชัย. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อ ความสำเร็จในการนานโยบายเพิ่มจำนวนร้านยาคุณภาพในสวนภูมิภาค ปี 2552 ไปปฏิบัติของหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค. **วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา**, 9(3),2553. 272-285.
23. นันทวรรณ ภู่นาวรัตน์, และทิพาพร กาญจนราช. ผลการปฏิบัติงานและทัศนคติต่องานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาจังหวัดชัยภูมิ. **ในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานทางวิชาการ**

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

- ระดับชาติครั้งที่ 5. (หน้า 160-165). มหาสารคาม: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2556.
- 24.ฉวีวรรณ ชมพูเขา. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระบบปฏิบัติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2554.
- 25.จิรัฐดา บัวผัน,ประจักษ์กร บัวผันและพรทิพย์ คำพอ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 12.วารสารวิจัย มข.,16(6),2554. 679-692.
- 26.รติ บุญมาก.แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู.ขอนแก่นเวชสาร.,32(3), 2551. 364-372.
- 27.ศศิธร เฝ้าทรัพย์, และสุวิทย์ อุดมพานิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น.วารสารทันตภิบาล. 28(1).2560. 33-45.
- 28.ธรรมบุญ บุญจันทร์และวิทัศน์ จันทร โพธิ์ศรี. ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น.วารสารสาธารณสุขขอนแก่น,25(293), 2556. 30-33.
- 28.ชลลดา อาทิตย์ตั้ง, และสุวิทย์ อุดมพานิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารทันตภิบาล. 28(1), 2560. 33-45.
- 29.วิชชนันท์ สุวรรณแสง และ ชนะพล ศรีฤาชา.ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการให้บริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนทันตกรรมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 10.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น,21(1), 2557. 44-62.

แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

MOTIVATION AND ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING LONG TERM CARE OF
PUBLIC HEALTH OFFICERS AT TAMBON HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN ROI-
ET PROVINCE

กิตติมา สว่างโสภ¹ สุวิทย์ อุดมพานิช²

Kittima Srangsok¹ Suwit Udompanich²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมานค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (S.D.=0.54) การสนับสนุนจากองค์กร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.30 คะแนน (S.D.= 0.61) และระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 คะแนน (S.D.=0.62) ตัวแปรปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยด้านงานด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการและปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ สามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 66.8 ($R^2=0.668$, $p\text{-value}<0.001$) โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ผู้บริหารสามารถนำไปใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายแนวทางในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ : แรงจูงใจ การสนับสนุนจากองค์กร การปฏิบัติงาน

ABSTRACT

This survey research aimed to study motivation and organizational support affecting Long Term Care of public health officers at tambon health promoting hospital in Roi-Et Province. The samples were 127 personnel and 12 people's key informants. This study was collecting both quantitative and focus group guideline. Data distribution was performed by descriptive statistics, The Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions were also utilized.

The results showed that the motivation was at high level with averages of 3.54(S.D.=0.54) organizational support was moderate level with averages of 3.30(S.D.=0.61) and Long Term Care of public health officers at tambon health promoting hospital in Roi-Et was at high level with averages of 3.77(S.D.=0.62). Three motivation variable; Recognition, Factors in personallife, Responsibility and one organizational support variable Management predict the Long Term Care of public health officers at tambon health promoting hospital in Roi-Et at 66.8 percentage. The results of this research The Manager can be used planning and policy the performance of public health officers at tambon health promoting hospital.

Keywords: Motivation , organizational support The Performance

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ผู้สูงอายุตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก หมายถึงคนที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ปัจจุบันประเทศต่างๆทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุมากขึ้นทุกปี การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุส่งผลให้ภาวะประชากรของประเทศไทยเข้าสู่ยุคที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีได้จำกัดขอบเขตอยู่เพียงผลกระทบด้านประชากรเท่านั้นแต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นเสมือนปฏิวัติลูกโซ่ที่ส่งผลกระทบต่อไปยังระบบอื่นๆ ได้แก่ผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและผลกระทบด้านชีวิตความเป็นอยู่และการปรับตัวผลกระทบด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุเกิดจากสภาพที่เสื่อมถอยลงเนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าเจริญเติบโตด้วยวัยต่างๆสูญเสียหน้าที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและความผิดปกติมากขึ้นในส่วนผลกระทบด้านทางเศรษฐกิจพบว่า ต้องพึ่งพารายได้จากบุตรหลานและด้วยความเสื่อมถอยของร่างกายและอวัยวะต่างๆส่งผลให้กลายเป็นปัญหาด้านสังคมกล่าวคือต้องพึ่งพาถูกหลาน ในเรื่องการดูแลปรนนิบัติเมื่อยามเจ็บป่วยด้วยผู้สูงอายุในบ้านป่วย 1 คน สมาชิกในบ้านหลายคนต้องช่วยกันดูแลการที่เจ็บป่วยเป็นเวลานานสมาชิกในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ดูแลต้องเสียวันและเวลาทำงานเท่ากับวันและเวลาที่ผู้สูงอายุป่วย⁽¹⁾ ซึ่งบางครั้งอาจทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียรายได้ไปและจากการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยบ่อยทำให้ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นทุกปี⁽²⁾

ระบบการดูแลระยะยาวหรือ Long-Term Care: LTC คือการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังการประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆตลอดจนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัดส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเพื่อให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีดำเนินชีวิตอย่างมีอิสระ

เท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์การเกิดขึ้นของนโยบาย LTC ส่วนหนึ่งเป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ปี 2552 ซึ่งได้มีการบรรจุวาระ “การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” ในการประชุมและเป็นมติสมัชชาในที่สุดโดยมีมติร่วมกันในสาระสำคัญคือให้รัฐมีหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานหลักและคณะกรรมการมีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนมติสู่การปฏิบัติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2553 ดังนั้นในการบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีหลักการที่สำคัญดังนี้คือนับบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) ดำเนินความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคตสนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่และพัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care-LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (Care Manager) (พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์ฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่อย่างน้อย 1 : 5-10 คน (ต่อผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในทุกกลุ่มวัย) โดยได้รับคำตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)⁽³⁾ การดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของจังหวัดร้อยเอ็ดได้ดำเนินงานตามขั้นตอนการปฏิบัติงานตามแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ 1) ค้นหาผู้ที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ (Approach) 2) ประเมินปัญหาด้านร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และปัญหาสิ่งแวดล้อม (Assessment) 3) จัดทำ

แผนการดูแลให้ครอบคลุมปัญหา ทุกด้าน(Care plan) 4) ประชุมผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่จะมีส่วนในการดูแลช่วยเหลือ (Care conference) 5) ให้บริการการดูแลช่วยเหลือ(Service) 6) กำกับติดตามการปฏิบัติงาน (Monitoring) 7) ประเมินผล(Evaluation)⁽³⁾

ในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านการสร้างแรงจูงใจเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการเสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและทำงานอย่างเต็มความสามารถให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ ดังทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮอร์ซเบิร์ก (2010)⁽⁴⁾ ได้สรุปถึงความต้องการของคนในองค์กรหรือการจูงใจจากการทำงานมาจากปัจจัย 2 อย่างคือ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factor) และปัจจัยค้ำจุน(Hygiene Factor) นอกจากนั้น การสนับสนุนจากองค์กร ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งถือเป็นปัจจัยทางการบริหารที่สำคัญในการปฏิบัติงานในองค์กรให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านการบริหาร⁽⁵⁾

จังหวัดร้อยเอ็ดการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามแนวทางหลักสูตร Care Manager โดยนำกระบวนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอนในพื้นที่ตำบลต้นแบบ และขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 213 แห่ง จากสรุปผลการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานประจำปียังพบว่าในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ยังพบปัญหาในการดำเนินงานด้านการจัดทำแผนการดูแลให้ครอบคลุมปัญหา(Care plan) ยังขาดความเข้าใจที่ชัดเจน รองลงมา ปัญหาด้านการประเมินปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และปัญหาสิ่งแวดล้อม (Assesment) บุคลากร

ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานที่รับผิดชอบมาก ทำให้ทำงานได้ช้า ไม่ทันเวลาและในเรื่องการใช้งบประมาณในการดำเนินงาน ไม่สามารถใช้งบประมาณได้ทั้งในส่วนของหน่วยบริการสาธารณสุข และในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากเป็นงานใหม่ และมีรายละเอียดในการทำมาก บุคลากร ยังไม่เข้าใจขั้นตอนการในการปฏิบัติงาน จึงทำให้ยุ่งยากในการปฏิบัติงาน และต้องจัดทำเอกสาร ประกอบการดำเนินงานจำนวนมาก ไม่มีงบประมาณค่าวัสดุในการดำเนินงาน⁽⁶⁾

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 231 คน และกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด 127 คนและการสุ่มกลุ่มจำนวน 12 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ(multiple regression analysis)ที่ใช้แบบการถดถอยของ Cohen (1988)⁽⁷⁾ ในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวนเท่ากับ 127 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้สูตร $I = N/n$ โดย I คือ ช่วงห่างของการสุ่ม, N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด n คือ จำนวนขนาดตัวอย่างแทนค่า $I = 231/127 = 1.81$ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง (I) เท่ากับ 2 สุ่มหาตำแหน่งเริ่มต้น (Random Start : R) จากนั้นนำรหัสสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยเรียงตามรหัสของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสุ่มหาตำแหน่งเริ่มต้นตามสูตรจนครบตามจำนวน 127 ตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ดีที่สุด (Key informants) โดยแบ่งเป็น 4 โซนๆละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือมีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนองค์กร ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบได้เสนอเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม มีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00

ระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49

ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49

ระดับน้อย มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49
ระดับน้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของตัวแปรแรงจูงใจเท่ากับ 0.96 ด้านตัวแปรปัจจัยการบริหาร 0.94 ตัวแปรด้านการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 0.96 และภาพรวมทั้ง 3 ตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 0.99

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2560 เลขที่

HE602016 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 28 เมษายน 2560

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.4 อายุระหว่าง 41 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 อายุเฉลี่ย 42.66 ปี (S.D.=7.96 ปี) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 58 ปี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.2 การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 86.6 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 55.9 มีค่ามัธยฐานที่ 4 ปี ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 31 ปี และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คิดเป็นร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม 1 - 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 78.3 มีค่ามัธยฐานที่ 1 ครั้ง ได้รับการอบรมต่ำสุดต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 15 ครั้ง

2. ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (S.D.=0.54) แรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70 คะแนน (S.D.=0.49) , 3.54 คะแนน (S.D.=0.54) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด มีแรงจูงใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.97 คะแนน (S.D.=0.54) รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D.=0.65) ส่วนแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน มีแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย

2.77 คะแนน (S.D.= 0.94) และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งค่าเฉลี่ย 3.22 คะแนน (S.D.= 0.78)

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์กร ของกลุ่มตัวอย่าง ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.30 คะแนน (S.D. = 0.61) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือการบริหารจัดการ ค่าเฉลี่ย 3.49 คะแนน (S.D. = 0.65) รองลงมาคือการสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 3.37 คะแนน (S.D. = 0.71) ส่วนการสนับสนุนจากองค์กรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 3.18 คะแนน (S.D. = 0.75) และด้านวัสดุอุปกรณ์ ค่าเฉลี่ย 3.19 คะแนน (S.D. = 0.77)

4. ระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จากเมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.77 คะแนน (S.D.=0.62) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 4.07 คะแนน (S.D.=0.80) รองลงมาคือการค้นหาผู้ที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ มีค่าเฉลี่ย 4.03 คะแนน (S.D.=0.79) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การประเมินผล มีค่าเฉลี่ย 3.51 คะแนน (S.D.=0.74) และการการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่จะมีส่วนในการดูแล มีค่าเฉลี่ย 3.63 คะแนน (S.D.=0.72)

5. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

แรงจูงใจ	การดำเนินปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยจูงใจ	0.726*	<0.001	สูง
1.ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.627*	<0.001	ปานกลาง
2.ด้านการยอมรับนับถือ	0.664*	<0.001	ปานกลาง
3.ด้านลักษณะของงาน	0.637*	<0.001	ปานกลาง
4.ด้านความรับผิดชอบ	0.661*	<0.001	ปานกลาง
5.ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.313*	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.644*	<0.001	ปานกลาง
1.ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.220*	0.013	ต่ำ
2.ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.549*	<0.001	ปานกลาง
3.ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.531*	<0.001	ปานกลาง
4.ด้านนโยบายและการบริหาร	0.585*	<0.001	ปานกลาง
5.ด้านสถานการปฏิบัติงาน	0.517*	<0.001	ปานกลาง
6.ด้านสถานภาพของวิชาชีพ	0.438*	<0.001	ปานกลาง
7.ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.423*	<0.001	ปานกลาง
8.ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.652*	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนจากองค์กร	0.635*	<0.001	ปานกลาง
1.ด้านบุคลากร	0.602*	<0.001	ปานกลาง
2.ด้านงบประมาณ	0.466*	<0.001	ปานกลาง
3.ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.485*	<0.001	ปานกลาง
4.ด้านการบริหารจัดการ	0.650*	<0.001	ปานกลาง

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่าภาพรวมแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก และปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.718$, $p\text{-value} < 0.001$, $r=0.726$, $p\text{-value} < 0.001$, $r=0.644$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.635$, $p\text{-value} < 0.001$)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

6. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² Change
1. ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ	0.324	0.313	4.692	<0.001	0.664	0.441	-
2. ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตการเป็นอยู่ส่วนตัว	0.237	0.271	3.992	<0.001	0.771	0.594	0.153
3. การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ	0.254	0.265	3.969	<0.001	0.809	0.654	0.060
4. ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ	0.172	0.169	2.259	0.026	0.818	0.668	0.014

ค่าคงที่ = 0.101, F = 61.455, P-value < 0.001, R = 0.818, R² = 0.668, R²_{adj} = 0.657

จากตาราง 2 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการ คือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือ ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตการเป็นอยู่ส่วนตัว ($p\text{-value}<0.001$) การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ($p\text{-value}<0.001$)

จากผลการศึกษา สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$Y = 0.101 + (0.324)$ (ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ) $+ (0.237)$ (ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตการเป็นอยู่ส่วนตัว) $+ (0.254)$ (การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ) $+ (0.172)$ (ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ)

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิต

การเป็นอยู่ส่วนตัว การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการและปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน(Y) เพิ่มขึ้น 0.324, 0.237, 0.254, และ 0.172 หน่วยตามลำดับ โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนาย 0.101 โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถรวมพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 66.8 ดังตารางที่ 2

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

โดยรวมข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 127 ฉบับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 55 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 43.38 จากปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ทั้ง 55 ฉบับพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่คือการให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้านปฏิบัติงานด้าน คิดเป็นร้อยละ 37.4 รองลงมาคือ การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ระยะยาวด้านกำกับติดตามการปฏิบัติงาน เป็นร้อยละ 31.2

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัญหาในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังขาดความเข้าใจในกระบวนการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมยังไม่ดีพอ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานอื่น นอกเหนือจากการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงทำให้ปฏิบัติงานไม่เต็มที่ การปฏิบัติงานต้องอาศัยความทุ่มเทและเสียสละปฏิบัติงานในเวลานอกราชการอีกทั้งไม่มีค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานหรือเกณฑ์พิจารณาในการเลื่อนขั้นเงินเดือนในการรับผิดชอบการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงทำให้ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ดังนั้นถ้าทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและให้ความสำคัญก็จะทำให้การปฏิบัติงานสำเร็จตามเป้าหมายและครอบคลุมปัญหาในบริบทพื้นที่ และผู้บริหารควรเห็นความสำคัญในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และมีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.54 คะแนน (S.D. = 0.54) การจะปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ต่อเนื่องและประสบความสำเร็จนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานต้องมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานให้เต็มความสามารถเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากแรงจูงใจเป็นการกระตุ้นให้การทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีพลังมีคุณค่า มีทิศทางที่ชัดเจนซึ่งการแสดงออกถึงความตั้งใจ เต็มใจ ความพยายาม หรือพลังในตัวเอง รวมทั้งการเพิ่มพูนความสามารถที่จะทุ่มเทในการทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามความต้องการและสร้างความพึงพอใจ และพบว่า การสนับสนุนจากองค์กร ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.30 คะแนน (S.D.=0.51)ซึ่งการสนับสนุนจากองค์กรนั้นเป็นการส่งเสริมปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรการบริหาร เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะการบริหารนั้นจะเป็นการบริหารด้านสุขภาพหรือบริหารอื่นก็ตาม เพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยการบริหาร โดยนำปัจจัยเหล่านี้มาผสมผสานกันอย่างเหมาะสม และพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.77 คะแนน (S.D. = 0.62) เนื่องจากในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้น ต้องอาศัยการเอาใจใส่ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง โดยมุ่งพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ กายจิตและสังคมที่ดี ให้ผู้สูงอายุคงสภาพในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันและเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือคนอื่นและสังคมให้ได้มากที่สุด ลดการเป็นผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพหรือเจ็บป่วยติดเตียง โดยกระบวนการสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ คือ เพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่าภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.718$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากแรงจูงใจมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากที่จะปฏิบัติงาน เมื่อมีความแรงจูงใจในการปฏิบัติงานก็จะทุ่มเทกำลังกายกำลังใจให้กับการปฏิบัติงานของตน ทำให้การปฏิบัติงานขององค์กรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และพบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.635, p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจาก ต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กร คือ การส่งเสริมปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรการบริหาร เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และจากการศึกษา พบว่า แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตการเป็นอยู่ส่วนตัว การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการและปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปร ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 66.8 ซึ่ง ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือเป็นการได้รับการยอมรับนับถือจากผู้บังคับบัญชาเพื่อร่วมงานและบุคคลในหน่วยงานซึ่งอาจเป็นการยกย่องชมเชยให้กำลังใจแสดงความคิดเห็นเป็นการแสดงถึงการได้รับความไว้วางใจและการยอมรับในความสามารถในการทำงานที่งานบรรลุผลสำเร็จซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (9,10,11) ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตการเป็นอยู่ส่วนตัว ($p\text{-value} < 0.001$) เป็นสภาพความเป็นอยู่ส่วนตัวและครอบครัวความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีซึ่งเป็นผลที่ได้รับจากการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยความเสียสละ ทุ่มเทินในการปฏิบัติงาน เพราะการปฏิบัติงานในบางครั้งจำเป็นต้องปฏิบัติงานในนอกเวลาราชการ เมื่อครอบครัวให้การสนับสนุนและเข้าใจการปฏิบัติงานก็จะทำให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยจูงใจด้านชีวิตการเป็นอยู่ส่วนตัวมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (12,13,14) ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบเป็นปัจจัยจูงใจที่สำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้ประสบผลสำเร็จมีอำนาจในการตัดสินใจรวมถึงความสามารถในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (9,15,16) การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value} < 0.001$) เป็นการวางแผน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม การจัดโครงสร้างองค์กรตามกฎหมายกระทรวงมีผู้รับผิดชอบงานอย่างชัดเจน การบริหารงานบุคคล โดยการกำหนดกรอบหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานที่ชัดเจนการอำนวยความสะดวกและการควบคุม ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (9,16,17)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บังคับบัญชาควรมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน โดยมีการส่งเสริมและยกย่องให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อแสดงถึงการ ได้ยอมรับการไว้วางใจในการปฏิบัติงาน
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการวางแผนการจัดการทรัพยากรมอบหมายงานให้เหมาะสมกับความสามารถ และสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่กำหนด
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีอำนาจการตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และแสดงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้สอดคล้องตามบริบทพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมและส่งเสริมให้ผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีระดับการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น
2. ควรมีศึกษาการมอบหมายงานที่เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ ศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้บรรลุผลสำเร็จ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ทพ. ดร.สุวิทย์ อุดมพณิชย์ และภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ. การประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและภาคเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สภาวิชาชีพสุขภาพ, 2545.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการอบรมดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย, 2557.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร CARE MANAGER. พิมพ์ครั้งที่ 2. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2558.
4. Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B.B. **The motivation to work**. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2010.
5. สมคิด บางโม. **หลักการจัดการ**. กรุงเทพฯ: วิทยาพัฒน์, 2547.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. **เอกสารประกอบการตรวจราชการรอบปกติและบูรณาการ 2559**.:กลุ่มงานนโยบายยุทธศาสตร์และแผนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2559. (เอกสารอัดสำเนา).
7. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavior science**. 2nd ed. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
8. วิณา เทียงธรรมและคณะ. ปัจจัยทำนายบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 25(3), 2554. 64-81.
9. พิมพ์วรา สิงห์วิวัฒน์, และประจักษ์ บัวผัน. การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**, 8(3), 2557. 267-280
10. สุมาลี ลารังสิต, และประจักษ์บัวผัน. ศึกษาการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 14(3), 2557. 72-76
11. วีรวรรณ เหล่าวิวัฒน์, และประจักษ์บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 13(2), 2556. 109-120.
12. นันทน์กัศ บัชชามูล, และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อความยึดมั่นมั่นผูกพันต่อองค์กรของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดหนองบัวลำภู. **วารสารวิจัย มข. ฉบับบัณฑิตศึกษา**, 16(3), 2559.
13. สันติ ธรณี, และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 14(1), 2557. 89-104
14. สันตนิษฐ์ วงศ์ม่วย. **แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์**.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย, 2556.
15. พยุชาติา เวียง, และประจักษ์บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 17(1). 2560.

16. สมพร อุ่นคำ, และประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบบการตรวจโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย จังหวัดเลย. วารสารงานวิจัย มข., 10(3), 2553. 61-74.
17. ศศิธร เฝ้าทรัพย์, และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 28(1), 2560. 23-34

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล
ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

INDIVIDUAL FEATURES AND THE ADMINISTRATIVE FACTORS AFFECT OF GOOD GOVERNANCE ADMINISTRATION OF THE DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL DIRECTORS, KHON KAEN PROVINCE

อนันต์ แสงอรุณ¹ สุวิทย์ อุดมพานิชย์²
Anan Saeng-arun¹ Suwit Udompanich²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 102 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2560 – 20 เมษายน 2560 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการหาสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุमानาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.=0.41), 4.27 (S.D.=0.44) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.629$, $p\text{-value} < 0.001$) โดย ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารระบบ ($r = 0.754$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ ($r = 0.277$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.625$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา ($r = 0.474$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 62.0 ($R^2 = 0.620$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล, ปัจจัยทางการบริหาร

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study. Individual Features and Administrative Factors Affect of Good Governance Administration of The District Health Promoting Hospital Directors, Khon Kean Province. The samples were personnel randomly selected by Stratified random sampling from the 248 population and focus group guideline was use to collect the data from 12 people's key informants who can provide intensive information on the topics. This study was collecting both quantitative and qualitative data. Data collected between March 20st, 2017 - April 20st, 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions.

The results showed that Individual Features and Administrative Factors Affect of Good Governance Administration of The District Health Promoting Hospital Directors, Khon Kean Province were at high level with average of 3.89 (S.D.=0.41), 4.27 (S.D.=0.44). The factor on Individual Features had no relation with Good Governance Administration of The District Health Promoting Hospital Directors. The administrative variable had moderate positive relationship with ($r=0.629$, $p\text{-value}<0.001$) The administrative factor on systematic administration ($r=0.754$, $p\text{-value}<0.001$) The financial administrative factor ($r=0.277$, $p\text{-value}<0.001$) The material administrative factor ($r=0.625$, $p\text{-value}<0.001$) and time administrative factor ($r=0.474$, $p\text{-value}<0.001$). The variable; systematic administration, financial, material

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ทันตแพทย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

and time could predict Good Governance Administration of The District Health Promoting Hospital Directors, Khon Kean Province at 62.0 percentage. ($R^2 = 0.620$, $p\text{-value} < 0.001$)

Keyword: Good Governance Administration, Administrative

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการบริหารงานหลากหลายรูปแบบตามความสามารถความถนัดและประสบการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละแห่ง ซึ่งจะได้รับการจัดสรรงบประมาณไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและผู้บริหารระดับอำเภอจะจัดสรรให้ตามความเหมาะสม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพียงพอจะสามารถดำเนินงานให้บริการอย่างทั่วถึงและสามารถใช้งบประมาณในการปรับปรุงภูมิทัศน์และอาคารสำนักงานตามความต้องการของบุคลากรได้ แต่การใช้งบประมาณในการดำเนินงานบางอย่างไม่สามารถใช้ได้ตามความต้องการหรือมีความล่าช้าเนื่องจากข้อระเบียบทางราชการ ส่งผลให้มีการใช้งบประมาณในทางที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบราชการ ซึ่งในบางแห่งมีการร้องเรียนผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเรื่องการบริหารจัดการงบประมาณที่ไม่โปร่งใสและใช้โดยไม่จำเป็น การบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละแห่งนั้น จะเกิดผลสัมฤทธิ์ตามหลักธรรมาภิบาลมากน้อยเพียงใดนั้น ส่วนหนึ่งอาจขึ้นอยู่กับความแตกต่างในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้และระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลเหล่านี้จะแสดงถึงภูมิหลังและประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป⁽¹⁾ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู

(2) พบว่า เพศ มีผลต่อการปฏิบัติงานในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของภาครัฐ และจากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม⁽³⁾ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการรับผิดชอบงานข้อมูลข่าวสารสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม ในระดับต่ำ และการได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่น⁽⁴⁾ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักของหัวหน้าสถานีอนามัยจังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการบริหารงาน นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับปัจจัยทางการบริหาร เนื่องจากปัจจัยทางการบริหาร คือ ทรัพยากรหรือปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการบริหารงานไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานภาคเอกชน เพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารนั้น ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยทางการบริหารที่ถูกนำมาใช้หรือสนับสนุนให้งานบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย กำลังคน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และการบริหารระบบ (management) หรือเรียกว่า 4M's ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐาน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ที่ใช้ในการบริหาร เพราะการบริหารจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายได้ จะต้องอาศัยบุคลากรที่มีคุณภาพและเพียงพอ ต้องได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ ต้องมีวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความต้องการของแผนงานและโครงการและต้องมีระบบการจัดการที่ดี⁽⁵⁾ นอกจากนั้นการบริหารให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยังต้องอาศัยปัจจัยทางการบริหารที่เพิ่มขึ้นได้แก่ ระยะเวลาในการดำเนินงาน (Time) และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Technology and Information)⁽⁶⁾ จากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า ปัจจัยทางการบริหารซึ่งประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหารเวลาและด้านเทคโนโลยี ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D.=0.83) ซึ่งปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾ ซึ่งจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางการบริหารเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ส่วนจะเป็นปัจจัยใดนั้นขึ้นอยู่กับองค์กรหรือหน่วยงานที่จะพิจารณาในการนำปัจจัยทางการบริหารเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะขององค์กรหรือหน่วยงานเอง

จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 26 อำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 248 แห่ง ได้รับงบประมาณจัดสรรในการดำเนินงานจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการจัดสรรงบประมาณจะดำเนินการโอนงบประมาณไปยังโรงพยาบาลระดับอำเภอ แล้วจึงโอนงบประมาณลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบปัญหาการบริหารงานที่ไม่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลด้านหลักความโปร่งใสจน

เกิดข้อร้องเรียนเรื่องการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 16 เรื่อง⁽⁸⁾ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการบริหารงบประมาณผิดประเภทและไม่ตรงตามความต้องการ ปัจจุบันดำเนินการสืบสวนหาข้อเท็จจริงไปแล้ว 13 เรื่อง อยู่ในระหว่างดำเนินการทางวินัย จำนวน 3 เรื่อง ซึ่งการบริหารงบประมาณดังกล่าวจะต้องมีสาเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิจารณาแล้วว่าจะต้องดำเนินการอย่างนี้ เพื่อที่จะบริหารงานให้ได้ผลลัพธ์ออกมาเป็นที่น่าพอใจของผู้บังคับบัญชา อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2560 ตัวชี้วัดที่ 401 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ร้อยละ 5 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) การเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน⁽⁸⁾

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)⁽⁹⁾ มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร สูตร

$$N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A.B})}{R^2_{Y.A.B} - R^2_{Y.A}} + w \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ $\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 133 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) มีวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร $I=N/n$ โดย I คือ ช่วงห่างของการสุ่ม, N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด n คือ จำนวนขนาดตัวอย่างแทนค่า $I = 248/133 = 1.86$ ดังนั้น ในการศึกษาคั้งนี้ใช้ช่วงห่างของการสุ่มตัวอย่าง (I) เท่ากับ 2 สุ่มหาค่าแห่งเริ่มต้น (Random Start : R) โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากตัวเลขทั้งหมดที่มีอยู่ในช่วง $1-I$ ผลการสุ่มได้ตำแหน่งที่ 1 จากนั้นเลือกตัวอย่างในอันดับถัดไปโดยมีช่วงห่างของแต่ละตัวอย่างเท่ากับระยะห่างของการสุ่ม (1, 3, 5, , $In + 2$) จากนั้นนำรหัสสถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยเรียงตามรหัสของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สุ่มหาค่าแห่งเริ่มต้นตามสูตรจนครบตามจำนวน 133 ตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม 12 คน โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ดีที่สุดใน (Key informants) เป็นผู้ที่มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือมีทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ส่วนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่าง ในการสนทนากลุ่มได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

การแปลผลคะแนน ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น แปลผลโดยการนำมาจัดลำดับเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้⁽¹⁰⁾

- มากที่สุด คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00
- มาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49
- ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49
- น้อย มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49
- น้อยที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ แก้ไขและปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของตัวแปร ปัจจัยทางการบริหาร เท่ากับ 0.93 ตัวแปรการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เท่ากับ 0.95 และภาพรวมทั้ง 2 ตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสถิติอนุमानหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602011 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2560 ถึงวันที่ 20 เมษายน 2560

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 133 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.4 ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.84 ปี (S.D.=6.13 ปี) อายุต่ำสุด 33 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 83.4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 และส่วนใหญ่มีรายได้ ระหว่าง 30,001 – 40,000 บาท จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 42.1 มีรายได้เฉลี่ย 38,155.62 บาท (S.D.=7,969.56 บาท) รายได้ต่ำสุด 14,120 บาท รายได้สูงสุด 56,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานใน

ตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่าง 1 – 10 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 59.4 มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่ามัธยฐาน 9 ปี ประสบการณ์ทำงาน ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 36 ปี

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.=0.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริหารระบบ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.49) รองลงมาคือ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.=0.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านกำลังคน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.59) รองลงมาคือ ด้านเวลา อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.=0.47)

3. ระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.27 (S.D.=0.44) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านหลักความโปร่งใส มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D.=0.49) รองลงมาคือ ด้านคุณธรรม มีค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D.=0.51) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านหลักนิติธรรม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.21 (S.D.=0.62) รองลงมาคือ ด้านหลักการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.44)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ (ชาย)	-0.044	0.614	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.024	0.780	ไม่มีความสัมพันธ์
สถานภาพสมรส (คู่)	-0.094	0.284	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)	-0.067	0.447	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	0.167	0.055	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	-0.125	0.153	ไม่มีความสัมพันธ์

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (p-value>0.05)

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลัก

ธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทางการบริหาร	การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยทางการบริหาร	0.629*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านกำลังคน	0.437*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.277*	< 0.001	ต่ำ
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.625*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการบริหารระบบ	0.754*	< 0.001	สูง
ด้านเวลา	0.474*	< 0.001	ปานกลาง
ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ	0.534*	< 0.001	ปานกลาง

*มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

จากตาราง 2 พบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.629$, $p\text{-value} < 0.001$) สำหรับปัจจัยทางการบริหารรายด้าน พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารระบบ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.754$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ($r =$

0.277 , $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยทางการบริหารรายด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านกำลังคน ($r = 0.437$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ($r = 0.625$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านเวลา ($r = 0.474$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านเทคโนโลยี ($r = 0.534$, $p\text{-value} < 0.001$)

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตาราง 3 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² Change
ด้านการบริหารระบบ	0.699	0.789	8.270	< 0.001	0.754	0.569	-
ด้านงบประมาณ	-0.222	-0.225	-3.192	0.002	0.768	0.590	0.021
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.250	0.278	2.795	0.006	0.778	0.605	0.016
ด้านเวลา	-0.171	-0.183	-2.179	0.031	0.787	0.620	0.014
ค่าคงที่ = 1.928, F = 52.107, P-value < 0.001, R = 0.787, R ² = 0.620, R ² _{adj} = 0.608							

จากตาราง 3 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.50 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรอิสระที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่มีค่ามากกว่าระดับ 0.05 โดยตัวแปรอิสระที่เลือกเข้าไปในสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยด้านการบริหารระบบ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยด้านงบประมาณ ($p\text{-value} = 0.002$) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value} = 0.006$) และปัจจัยด้านเวลา

($p\text{-value} = 0.031$) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถพยากรณ์ การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 62.0

จากผลการศึกษา ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.928 + (0.699) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารระบบ}) + (-0.222) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ}) + (0.250) (\text{ปัจจัยทางการบริหารด้าน$$

วัสดุอุปกรณ์) + (-0.171) (ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลา)

เมื่อ Y คือ การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

6. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น โดยรวมข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 133 ฉบับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 41 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 30.8 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ ด้านกำลังคน ร้อยละ 75.60 รองลงมาได้แก่ ปัจจัยการบริหารด้านงบประมาณ ร้อยละ 70.73 ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุดได้แก่ การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ด้านหลักความรับผิดชอบ ร้อยละ 26.82 ส่วนข้อเสนอแนะส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคนและด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ร้อยละ 68.29 รองลงมาได้แก่ ด้านเวลา ร้อยละ 63.41

สรุปและอภิปรายผล

1. เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยทางการบริหารพบว่า ปัจจัยทางการบริหารในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.=0.41) เนื่องจากปัจจัยทางการบริหารมีความสำคัญต่อการบริหารงานเป็นอย่างมากของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหาร ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยทางการบริหาร ได้แก่ กำลังคน (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุหรือเครื่องมือเครื่องจักร (Material or Machine) กระบวนการบริหาร (Management) ระยะเวลาในการดำเนินงาน (Time)

และเทคโนโลยีสารสนเทศ (Technology and Information) โดยการนำปัจจัยเหล่านี้มาผสมผสานกันอย่างเหมาะสมกันจึงทำให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ⁽⁶⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า^(11,12,13,14,15,16) ในการปฏิบัติงานปัจจัยทางการบริหารถือว่าเป็นหัวใจหลักที่ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้บริหารไม่เล็งเห็นความสำคัญของปัจจัยทางการบริหารก็อาจทำให้การบริหารองค์การไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง^(17,18,19)

2. เมื่อพิจารณาระดับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.27 (S.D.=0.44) การบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี ควรอยู่บนพื้นฐานที่สำคัญอย่างน้อย 6 หลักการ ได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบและหลักความคุ้มค่า ซึ่งภาครัฐจำเป็นต้องนำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาลขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ในระดับองค์กร ระดับภาครัฐและระดับประเทศ ระดับการบริหารงานที่อยู่ในระดับมากก็จะส่งผลให้การบริหารงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การจัดการความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก⁽²⁰⁾

3. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ภายใต้กรอบภารกิจที่ชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน จากงานวิจัยครั้งนี้ เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^(21,22,23) อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากการปฏิบัติงานด้านการบริหารของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการบริหารจึงทำให้อายุมากหรือน้อยก็ไม่ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการบริหารงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^(21,22) สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากโดยปกติแล้วบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ น่าจะมีการะและความรับผิดชอบในการดูแลครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลต่อการบริหารงาน โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ต้องปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ แต่ผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^(21,22,24) และผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^(3,25,26) ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิ

บาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมีระบบการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง แต่กลับพบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงาน ซึ่งอาจเป็นเพราะบทบาทหน้าที่และภารกิจการบริหารงานเป็นไปตามกรอบและตัวชี้วัดการดำเนินงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^(21,27,28) รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากรายได้มาจากเงินเดือน ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและเงินค่าตอบแทนกำลังคนตามฉบับ 11 ซึ่งจะได้มากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับอายุราชการและผลการปฏิบัติราชการ จากการวิจัยครั้งนี้รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^(21,22,28) ประสบการณ์ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จากการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์เพราะในการบริหารงานบางครั้งต้องมีการฝึกทักษะและการเข้ารับการอบรมอยู่เป็นประจำจะขึ้นอยู่กับความใส่ใจของแต่ละบุคคล จากการวิจัยครั้งนี้ประสบการณ์ทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัย พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน^(21,22,29)

ปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.629$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากปัจจัยทางการบริหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการบริหารงานองค์การของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยขั้นพื้นฐานของการบริหารจึงจะสามารถบริหารองค์การได้โดยประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในการปฏิบัติงาน^(15,21,30) และผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกับกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงาน^(14,20)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงาน การผลวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ตัวแปรอิสระที่ถูกนำเข้ามาสมการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คือ ปัจจัยบริหารด้านการบริหารระบบ ปัจจัยการบริหารด้านงบประมาณ ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์และปัจจัยการบริหารด้านเวลา ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} = 0.002$, $p\text{-value} = 0.006$, $p\text{-value} = 0.031$ ตามลำดับ) โดยรวมตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรในสมการร่วมกันพยากรณ์การบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 62.0 ($R = 0.787$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารระบบมีผลต่อการปฏิบัติงาน^(17,20) ปัจจัยการบริหารด้าน

งบประมาณสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าด้านงบประมาณมีผลต่อการปฏิบัติงาน^(14,19) ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าด้านวัสดุอุปกรณ์มีผลต่อการปฏิบัติงาน^(16,17) และปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าด้านเวลา มีผลต่อการปฏิบัติงาน^(18,30) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี⁽²⁰⁾ และปัจจัยทางการบริหารด้านกำลังคน^(19,22)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนการใช้ทรัพยากรในองค์กร
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับปริมาณงานตามปัญหาและบริบทในการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการกำหนดมาตรการในการตรวจสอบภายใน
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการกำหนดแนวทางในการจำหน่ายวัสดุอุปกรณ์ที่ชำรุดไม่สามารถใช้งานได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุข ตามเวลาที่กำหนดในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์
ทพ.ดร. สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และภาควิชาบริหารงาน

สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการศึกษาเพื่อทำ
วิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Schermerhorn R, Hunt G, Osborn N. **Organization Behavior**. New York: Wiley & Sons, 2003.
2. รติ บุญมาก และประจักษ์ บัวผัน. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัย มข.*, 8(3), 2551. 75-82.
3. สมหมาย คำพิชิต. **คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
4. เขวากา เต็งคิว. **ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.
5. ทองหล่อ เศษไทย. **หลักการบริหารงานสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, 2545.
6. ประจักษ์ บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. **ข้อมูลพื้นฐานสาธารณสุข ประจำปี 2559**. ขอนแก่น: [ม.ป.พ.], 2559.
9. Cohen, J. **Statistical power analysis for behavioral sciences**. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.
10. สำเริง จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
11. สุภาวดี ศรีลามาศย์ และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 13(2), 2556. 121-132.
12. วิชชนันท์ สุวรรณแสง และชนะพล ศรีฤาชา. **ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการให้บริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนทันตกรรมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสาธารณสุขที่ 10**. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 21(1), 2557. 44-62.
13. ณัฐพงษ์ สีลาเหลือง และชญญา อภิบาลกุล. **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด**. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(2), 2557. 1-8.
14. กฤษณา โมไผ่เวียง. **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.

15. ธรรมบุญ บุญจันทร์ และวิทัศน์ จันทร์ โพธิ์ศรี. ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขขอนแก่น, 25(293), 2556. 30-33.
16. อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลัก ในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยเขต โชนเหนือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข., 16(7), 2554. 855-863.
17. จารุกิตต์ นาคคำ. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
18. สุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 7(3), 2553. 75-88.
19. บุญถม ชัยฉนวน และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(4), 2553. 37-46.
20. กาญจนา พิทักษ์วาณิช และประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (บัณฑิตศึกษา), 16(1), 2559. 90-103.
21. นันทวัน พุฒลา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559.
22. อนเนก นนทะมาตย์. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
23. กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์, ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตน์สุข และ ศรีรัตน์ ส้อมพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 2, 2556.
24. บุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานฝ่ายรังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยพื้นที่อำเภอ โชนใต้ จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข., 16(6), 2554. 706-715.
25. ธนภัทร อรัฐเพิ่ม และชนะพล ศรีฤาชา. ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข., 16(8), 2554. 1043-1053.
26. ชาญศักดิ์ วิจิต และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(2), 2553. 18-29.
27. สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก, และประจักษ์ บัวผัน. (2553). คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักบริหารสาธารณสุขในเทศบาล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 15(4), 74-87.
28. นพพล พิทักษ์เขต. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของเจ้าพนักงานเวชสถิติในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานการศึกษา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

อิสระปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธาณสุข คณะสาธาณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

29, อภันตรี อภัยวงษ์. (2556). ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารพยาบาลสาธาณสุข, 27(2), 54-62.

30, อุเทน จินโรจน์ และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2557). ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยในการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานตาม
มาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธาณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
มหาสารคาม. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 21(1), 63-74.

การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

**The Pharmaceutical Care with Familycare Team for self care cooperation of Schizophrenia Patients
in Loengnoktha District, Yasothon Province.**

ศิวาภรณ์ พุทธิวงศ์¹, สมศักดิ์ อภาศิริทองสกุล², จุติพร ผลเกิด³

Sivaporn Puttiwong¹, Somsak Arpasrithongsakol², Jutibhorn polkerd³

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวนอย่างละ 20 คน ที่รับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2559 – มกราคม 2560 ทำการศึกษาวิจัยเป็น 14 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเสริมพลังสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเองระหว่างทีมหมอครอบครัว สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและกิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 10 การติดตามผลหลังการวิจัย เครื่องมือที่เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon Matched pairs signed Ranks Test.

ผลหลังการศึกษา ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) ค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาด้วยการรายงานผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 100 หลังการทดลอง 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 90 และค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาด้วยการนับเม็ดยาอยู่ที่ร้อยละ 90 และหลังการทดลอง 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 70 พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหลังการทดลองมีจำนวนลดลง คะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา, ผู้ป่วยจิตเภท, การบริบาลทางเภสัชกรรม

ABSTRACT

The research Quasi-Experiment Study. The purpose of this study was to evaluate the outcome of pharmaceutical care with a familycare team for self-care cooperation among schizophrenic patients in Loengnoktha District, Yosathon Province. This study was conducted during October 2016 – January 2017. The study implement for 14 weeks including, 1. training of schizophrenic care team, 2. self-perception activity, 3. home visits, empowerment, self-care motivation with familycare team, 4. management of using medicine problems and continuous self care, and 5. follow-up. Twenty schizophrenia patients and their caregivers attended the mental health clinic at Loengnoktha Crown Prince Hospital, which were prospectively interviews using the developed questionnaire. Data was analyzed by mean, percentage, standard deviation, and inferential statistics using Wilcoxon's Matched pairs signed Ranks Test.

The study show that the score of behavioral care in schizophrenia patients more than before study (p -value<0.001), The compliance of medicine in schizophrenia patients was reported by the patient as an average of 100%, then re-measuring 1 month later as an average of 90%. As well as the tablets count was 90%, then re-measuring 1 month later as an average of 70%. Adverse drug reactions were 10% and repeated measurement after 1 month later were 10%. The score of behavioral care in caregivers was significantly more than before study (p -value<0.001).

Keywords : Behavioral care criteria; Schizophrenia patient; Pharmaceutical care.

¹ นิสิต ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² อาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่สำคัญในหลายประเทศ ส่งผลต่อเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกขณะนี้มียาจำนวน 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย พบว่าในปี 2556 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเภททั้งหมด ในปีพ.ศ. 2554 โรคจิตเภท โรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ รวมแล้วกว่า 3 ล้านคน^(1,32) แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายมีสูงขึ้น พบว่าในปี พ.ศ. 2549 มี 5.77 รายต่อประชากรแสนคน และ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตัวของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อศึกษาการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Study) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในช่วง 1 ตุลาคม 2559 – 31 มกราคม 2560 แล้วติดตามต่อจนครบ 13 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการส่งต่อมารับยาต่อในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา และมีเกณฑ์การประเมินส่งต่อเยี่ยมบ้าน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 มกราคม 2560 จำนวนทั้งหมด 20 คน
2. ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยจิตเภท เช่น สามีน ภรรยา บิดา มารดา

ในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 6.08 รายต่อประชากรแสนคน การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด^(2,22) ผู้ป่วยต้องใช้ยาในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน ผลที่ตามมาผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหยุดยาเอง ทำให้เกิดการกำเริบซ้ำและกลายเป็นโรคจิตเภทถาวร เกิดความสูญเสียความสามารถในการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน ผลกระทบต่อครอบครัวต้องรับภาระในการดูแล และใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ดังนั้นการบริหารทางเภสัชกรรมมีส่วนให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะช่วยให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

บุตร ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 1) แบบแผนปฏิบัติการ การบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมหมอครอบครัวเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตนเองของผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบบันทึกกิจกรรม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 1. แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำของโรคจิตเภท ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2. แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา 3. แบบประเมินพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท 4. แบบประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 5. แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว 6. แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือในด้านความตรงทางเนื้อหา(content validity) โดยการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแบบสอบถามก่อนใช้ในการเก็บข้อมูล 2. ทดสอบแบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย นำผลการทดลองใช้เครื่องมือมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.710 3. การเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองด้วยแบบบันทึกการให้คำปรึกษา และการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเสริมพลังสร้างแรงจูงใจในการดูแลรักษาตนเองระหว่างทีมหมอบรรเทาผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการจัดการเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่อเนื่องต่อไป สัปดาห์ที่ 10 การติดตามผลหลังสิ้นสุดการวิจัย การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 14 การยืนยันผลการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Matched pairs signed Ranks Test

จริยธรรมการวิจัย

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p - value	Z
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	20	47.00	5.47	53.65	3.31	<.0001*	-3.608

*ระดับนัยสำคัญ 0.05 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตาราง 1 พบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < .0001$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน

ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยได้ เลขที่การ รับรอง PH 055/2559 จาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มทดลองมีเพศชายมากที่สุด ทั้งหมด 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุในช่วง 41-50 ปีและ 51-60 ปี มากที่สุด มีจำนวนเท่ากันคือ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุดจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 3,000 บาท มากที่สุด จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 มีสถานภาพโสดมากที่สุด 14 ราย ร้อยละ 70 พบอาการข้างเคียงของยาโรคจิตเวชที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันในระดับน้อย มากที่สุดจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี มากที่สุดจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และมีผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นบิดาหรือมารดามากที่สุดเป็น 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง		หลังทดลอง 1 เดือน		p - value	Z
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	20	53.65	3.31	54.45	4.48	0.400	-0.842

*ระดับนัยสำคัญ 0.05 Wilcoxon Signed Ranks Test

จากตาราง 2 พบว่าค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง 1

2. ประเด็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้จากการสังเกต 1) ด้านอาการแสดงของโรคจิตเภท ผู้ป่วยยังมีอาการหูแว่ว มีภาพหลอน แต่สามารถตอบคำถามได้ ถามตอบได้รู้เรื่อง อาการหวาดระแวงลดลง หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน แต่อาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้ายลดลง ไม่มีอารมณ์หงุดหงิด 2) ด้านสังคม ผู้ป่วยบางรายที่มีพฤติกรรมไม่ชอบออกไปพบปะสังคม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมดังกล่าวก็ยังคงอยู่เช่นเดิม ผู้ป่วยยังคงอยู่แต่ในบ้านไม่ออกไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน

เดือน มีค่าไม่แตกต่างก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value=0.400$)

เช่นเดิม 3) ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังการทดลองผู้ป่วยบางรายสามารถจัดยากินเองได้ หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยบางราย ยังคงลืมกินยาเป็นบางครั้ง 4) ด้านอาการข้างเคียงจากยา พบว่า ผู้ป่วยที่มีพุดรั้ว คล้ายอาการลิ้นแข็ง หลังการทดลอง 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยเริ่มพุดชัดเจนมากขึ้น อาการลิ้นแข็งพุดรั้วลดลง

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)		หลังการทดลอง 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	
		<80.00	≥80.00	<80.00	≥80.00
ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง	20	0(0.00)	20(100.00)	2(10.00)	18(90.00)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทวัดโดยวิธีนับเม็ดยา

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	หลังการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)		หลังการทดลอง 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	
		<80.00	≥80.00	<80.00	≥80.00
		ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง	20	2(10.00)	18(90.00)

จากตาราง 3 และ 4 พบว่าค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาที่มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภท ทั้ง 2 วิธี มีค่าความต่อเนื่องในการรับประทานยาลดลงหลังการทดลอง 1 เดือน

4. ประเมินการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาจิตเวชก่อนและหลังการทดลอง

การเกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากจิตเวช	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	หลังการทดลอง 1 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พบ	8 (40.00)	2 (10.00)	2 (10.00)
ไม่พบ	12 (60.00)	18 (90.00)	18 (90.00)

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์ลดลง จาก 8 ราย เหลือ 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถจัดการอาการไม่พึงประสงค์ได้เอง

5. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของลักษณะของกลุ่มผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุในช่วงอายุ 41-50 ปี มากที่สุด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุดจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รายได้ของผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

มากที่สุด 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 สถานภาพของผู้ดูแล มีสถานภาพเป็นคู่ มากที่สุด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา มากที่สุด จำนวน 9 ราย คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีการดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานยาโดยทำหน้าที่ญาติจัดให้กินทุกครั้งและผู้ป่วยกินยาเอง ญาติมีหน้าที่คอยเตือนมากที่สุดเท่ากันจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.00 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 5 ปี มากที่สุด 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และระยะเวลาที่ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันเป็น 18-24 ชั่วโมงมากที่สุด จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00

6. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p - value	Z
		\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนพฤติกรรมในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	20	6.75	1.71	8.70	1.12	<.0001*	-3.280

*ระดับนัยสำคัญ 0.05 Wilcoxon Signed Ranks Test

ตาราง 6 คะแนนคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลอง มีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < .0001$) ผลจากการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

ตาราง 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลอง 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	หลังการทดลอง	หลังทดลอง 1 เดือน	p - value	Z
---------------	-------	--------------	-------------------	-----------	---

	(คน)	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทของผู้ดูแล	20	8.70	1.1 2	8.95	1.19	0.219	-1.228

*ระดับนัยสำคัญ 0.05 Wilcoxon Signed Ranks Test

ตาราง 7 คะแนนคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน มีค่าไม่แตกต่างทางสถิติที่สำคัญ ($p - value=0.219$) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนหลังการทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีระดับคะแนนมีพฤติกรรมการใช้ยาเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$) และเมื่อวัดหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ค่าคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้ ไม่มีความแตกต่างทางสถิติความเชื่อมั่น ($p - value = 0.40$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาหลังการทดลองสอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์เพ็ญ สุทธิชัย โชติและคณะ (2556)⁽³⁾ กล่าวว่า การสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนการทดลองเท่ากับ 46.83 และหลังการทดลองใน 2 สัปดาห์ 1, 3 และ 6 เดือนตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 76.24, 71.45 และ 58.75 คะแนนตามลำดับ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ พัสนี สิทธิคุณ (2551)⁽⁴⁾ การศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวความคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยใช้แนวความคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวชสูงกว่าก่อน

การศึกษา ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีและมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยเหมาะสม

พฤติกรรมการใช้ยาข้อมูลจากการสังเกตของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับอาการทั่วไปของผู้ป่วยสรุปประเด็นอาการที่ได้จากการสังเกต เป็น 4 ด้าน ได้แก่ อาการแสดงของโรคจิตเภท ด้านสังคม ด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายสามารถจัดยากินเองได้ ผู้ป่วยบางราย ยังคงลืมกินยาเป็นบางครั้งด้านอาการข้างเคียงจากยา ยังพบมีอาการข้างเคียงจากยา

พฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการประเมินหลังการทดลองพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยและพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาโดยวิธีการรายงานโดยวิธีนับเม็ดยา พบว่าการวัดด้วยการนับเม็ดยา ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยามีค่าน้อยกว่าวิธีรายงานโดยผู้ป่วย เมื่อทำการวัดหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าการประเมินด้านพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยา โดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วย และพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาโดยวิธีการรายงานโดยวิธีนับเม็ดยา พบว่าการประเมินด้านพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาดังวิธีนับเม็ดยา มีค่าน้อยกว่าวิธีรายงานโดยผู้ป่วย ทั้งหลังการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน เนื่องจากการที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์จึงตอบแบบสอบถามตามความต้องการให้เป็นไปตามที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการให้เป็นมากที่สุด จึงทำให้ค่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยมีค่ามากกว่าพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธีนับเม็ดยา สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ มูลรัตน์เสถียร (2554)⁽⁵⁾ ศึกษาพบว่า วิธีการวัดความร่วมมือทั้ง 2 แบบ คือ

การวัดพฤติกรรมความต่อเนื่องในการรับประทานยาโดยวิธีการรายงานโดยผู้ป่วยและวิธีการนับเม็ดยา ได้ค่าความร่วมมือที่ใกล้เคียงกัน

การจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาจิตเวช หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ลดลง เนื่องจากการใช้ยาด้านจิตเวชนั้น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์สามารถแก้อาการไม่พึงประสงค์ได้ด้วยยากลุ่ม Anticholinergic drugs หรือจากการที่ร่างกายสามารถปรับตัวเมื่อรับยาไปต่อเนื่องระยะเวลาหนึ่ง อาการข้างเคียงดังกล่าวจะหายได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนิดา เสนาคำ (2551)⁽⁶⁾ พบว่าการติดตามอาการไม่พึงประสงค์โดยผู้ป่วยโดยตรง สามารถทำให้ผู้ป่วยป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้มากขึ้น และสามารถจัดการอาการดังกล่าวได้

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ค่าคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ความเชื่อมั่น ($p\text{-value} < 0.05$) และทำการวัดซ้ำหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างทางสถิติความเชื่อมั่น ($p\text{-value} = 0.219$) เมื่อเทียบกับคะแนนหลังการทดลอง เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยเป็นทำให้สามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมกมล อรรถทิมา กูล (2558)⁽⁷⁾ พบว่า การศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ผลของการใช้โปรแกรมการให้

คำปรึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเองและดูแลสุขภาพครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทได้ ช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย

ข้อเสนอแนะ

ควรทำการศึกษาวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งต่อไป โดยให้มีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้มากขึ้น เพื่อติดตามพฤติกรรมการใช้ยาที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป 2. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบเดิมในพื้นที่ชุมชนที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น 3. ควรศึกษากลวิธี และรูปแบบอื่นๆ ที่สนับสนุน หรือมีปัจจัยเกื้อหนุนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ต่อเนื่อง เช่น ความร่วมมือในชุมชน ร้านค้า การใช้มาตรการสังคมเข้ามาช่วยเหลือ เช่น การไม่ขาย สุรา บุหรี่ เครื่องดื่มบำรุงกำลังให้กับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลในครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่เวชระเบียน กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเลิงนกทาในการเอื้อเฟื้อสถานที่เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. อภิษฐ์ มงคล. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. 2555. ออนไลน์ URL:<http://www.dmh.go.th/report/suicide/> [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].
2. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท. 2551. ออนไลน์ URL: http://www.jvkk.go.th/newweb/CPG/schiz_lesson2.aspx [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558].

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

3. จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชค, สุกฤดียา กุลศรี และวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อาทิตย์. ผลของการสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(3), 2556. 75-86.
4. พัสณี สิทธิคุณ. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดการสร้าง แรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
5. หทัยรัตน์ มุลารัตน์เสถียร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา เกษศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.
6. ปิยนิดา เสนาคำ, นฤมล เจริญศิริพรกุล และวีรวรรณ อุชายภิชาติ. การรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยากันชักโดยผู้ป่วยรายงาน โดยตรง. ศรีนครินทร์เวชสาร, 23(4), 2551. 373-382.
7. สมกมล อรรถทิมากุล และอรพรรณ ลีอนุวัชชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับกรณีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2), 2558. 64-76.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางในชุมชน

**Effects of an Empowerment Program on Knowledge, Perception of Empowerment, and Behavior
Modification for Stroke Prevention of Moderate at Risk Group in Community.**

วีณา จำริญบุญ¹, ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่², อมร สุวรรณนิมิตร³
Weena Jamroenboon¹, Siranee Intaranongpai², Amorn Suwannimitr³

บทคัดย่อ

การศึกษาทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง ตำบลโพหนอง ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระหว่างเดือน มีนาคม 2560 ถึง มิถุนายน 2560 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด มีความเชื่อมั่น 0.70, 0.93, 0.73 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Independent t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ระดับการรับรู้พลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ; โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ; กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง

Abstract

This Quasi- Experimental Research aimed to study effects of an empowerment program on knowledge, perception of empowerment, and behavior modification for stroke prevention of moderate at risk groups. in two groups pretest - posttest design, In Phongthong Subdistrict. The 60 subject samples of this research were people who moderate of stroke risk groups. They were assigned to an experimental group and comparison group with 30 subjects in each group. The experimental group was treated by the program during March – June 2017. The research instruments consisted of : 1) knowledge of stroke questionnaire 2) perception of empowerment questionnaire 3) behavior of stroke prevention questionnaire. The reliability of the questionnaire were 0.70, 0.93, 0.73 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, paired t-test and Independent t - test.

The results of this study revealed as following: The experimental group had an average score of knowledge of stroke, perception of empowerment and behavior for stroke prevention higher than before intervention and higher than control group ($p < 0.5$).

Key Words : Empowerment; Empowerment Program; Moderate of Risk Group Stroke

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มอาการที่เซลล์สมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้สมองบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงมีความผิดปกติ เช่น มีอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ⁽¹⁾ และยังพบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่า อัตราป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 482.78 ต่อแสนประชากร และยังพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 42.62 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราป่วยและตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี⁽³⁾ ซึ่งโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้มีผลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁴⁾ และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ส่งผลมากในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ บุคคลที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง จะมีโอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้นกว่าคนปกติ⁽⁵⁾

ในบริบทพื้นที่ที่รับผิดชอบตำบลโพหนอง ได้ดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลชุมชน ได้เล็งถึงความสำคัญกับปัญหานี้อย่างมาก โดยได้มีการใช้กระบวนการการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่หลากหลายรูปแบบ เช่น การให้สุขศึกษารายกลุ่ม การประชาสัมพันธ์ การเยี่ยมบ้านในรายที่ขาดนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง แต่ผลการดำเนินการกลับ พบว่า อัตราอุบัติการณ์และอัตราความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และในปี พ.ศ. 2558 มีอัตราตายสูงกว่าในระดับจังหวัดถึง 4 เท่า⁽⁶⁾ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์บริบทของชุมชนที่ผ่านมา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ของ กิบสัน⁽⁷⁾ ที่เน้นให้มีการส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และช่วยทำให้เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ ตลอดจน

การพัฒนาความสามารถของตนเองในการเลือกตัดสินใจ แก้ไขปัญหา และนำไปสู่การปฏิบัติตัวอย่างยั่งยืน ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีการนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลาย^(8,9,10,11) เช่น มีการศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹²⁾ ซึ่งในโปรแกรมได้มีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วม โปรแกรม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก⁽¹³⁾ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มทดลอง มีการรับรู้การมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งยังมีศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁴⁾ พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไปในทางที่ดีขึ้น เช่น การศึกษา ของภารดี เจริญทอง⁽¹¹⁾ พบว่า ภายหลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการรับประทานยา ออกกำลังกาย และรับประทานยา ที่เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับประชาชนที่สุด จึงมีความสนใจและนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน⁽⁷⁾ มาพัฒนาโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ที่เน้นให้มีการส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และช่วยทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความรูสึกมีพลังอำนาจ นำไปสู่การเลือกวิธีการปฏิบัติที่

เหมาะสมกับตนเอง อีกทั้งยัง มีการลงติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทุกราย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการ เสริมสร้างพลังอำนาจ และผู้วิจัยเชื่อว่า จะช่วยให้ผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรค หลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง 2 กลุ่ม (Two Group Pretest-Posttest Design) ใช้เวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็น ผู้ที่ขึ้นทะเบียนว่า เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนทอง อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ที่ผ่านการคัดกรองตาม การตามแบบคัดกรองโอกาสเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัม พฤษ และอัมพาตของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ⁽¹⁵⁾ เป็นกลุ่มเสี่ยงระดับสูงปานกลาง สุ่มกลุ่ม ตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลาก (simple random sampling) จากพื้นที่ได้ที่แบ่งโซนหมู่บ้านเป็น 2 โซน เพื่อลดโอกาสที่ กลุ่มตัวอย่างได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Contaminated Effect) และทำการสุ่มเข้ากลุ่ม (Random assignment) เพื่อที่จับ ฉลากเลือกหมู่บ้านเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และจับคู่ตัวแปรที่ควบคุม (Matched Pairs) เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุด และควบคุมตัว

แปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการ เจ็บป่วย ผลการทดสอบความคล้ายคลึงกันของข้อมูลโดย ใช้สถิติวิเคราะห์ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน ทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้จากการคำนวณขนาดของ กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากการศึกษาของ สมคิด อ่อนปรงค์⁽¹⁶⁾ กำหนดขนาดของอิทธิพลจากสูตร ของ Glass⁽¹⁷⁾ ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect Size) = 0.80 ค่า อำนาจการทดสอบ กำหนดค่าที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 และค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) 0.80 จะได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน ป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 15⁽¹⁸⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง และน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด สมอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาการหรือ สัญญาณเตือน ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลด เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การ ให้คะแนน คือ เมื่อกลุ่มเป้าหมาย ตอบว่า “ถูก” ให้ 1 คะแนน แต่หากตอบว่า “ผิด” ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของ ตนเอง จำนวน 20 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบ เลือกรับตอบ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ใช้มาตรา ส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ให้คะแนนเป็นรายชื่อซึ่ง ขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่มีเลย มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนระดับการรับรู้พลังอำนาจ เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Bloom⁽¹⁹⁾ แปล ความหมายคะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ มีคะแนน = 1-26 ระดับ

ปานกลาง มีคะแนน = 27–53 และระดับสูง มีคะแนน = 54–80

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติตัว ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประเมินตนเองว่าแต่ละข้อตรงกับกรปฏิบัติของตนเองในขณะนี้ มากน้อยเพียงใด ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Interval Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินของ Bloom⁽¹⁹⁾ แปลความหมายคะแนน ดังนี้ ระดับต่ำ ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.66 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.67–2.33 และระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34–3.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงปานกลางในชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁷ และกำหนดโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้มากที่สุด ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 1) คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ อาการและอาการแสดง การปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดโรค สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด 2) สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง มีจุดมุ่งหมายสำคัญ คือ ต้องการให้กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน และนำมาวิเคราะห์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในระหว่างการเข้าร่วม โปรแกรม เพื่อเป็นประโยชน์ในเป็น

การดูแล ตรวจสอบ ควบคุมกำกับในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือศึกษาเนื้อหาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหาตามความมุ่งหมาย ถูกต้องตามเกณฑ์และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีในการวิจัยทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ตรวจสอบโดยทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index : CVI) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง = 0.85 แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง = 0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง = 0.90 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจ = 0.93 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง = 0.73 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร (Kuder – Richardson) KR 20 = 0.70

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้จัด โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁷ ประกอบด้วย 4 ชั้น คือ ชั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ชั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ชั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และชั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการในขั้น การค้นพบ สภาพการณ์จริง และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยได้จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเจ็บป่วยของตนเองภายในกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีการทบทวนพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตัวของตนเองที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม จากนั้นร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม เพื่อช่วยกันสะท้อนพฤติกรรมปฏิบัติตัวร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ในการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการในขั้นการตัดสินใจเลือก วิธีปฏิบัติที่เหมาะสม มีกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ โดยให้สมาชิกในกลุ่มเสนอ ตัวอย่างประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว มีการสาธิต การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม จากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึก “พันธะสัญญาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง” ซึ่งให้แต่ละบุคคลกำหนดมาตรการด้วยตัวเอง เพื่อเป็นการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละราย

สัปดาห์ที่ 3-7 ออกติดตามเยี่ยมบ้าน เสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคล เพื่อทบทวนความรู้ ทบทวนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติตัวได้อย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการในขั้นการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเล่าถึง ประสบการณ์ความสำเร็จของผลการปฏิบัติตัวตามเป้าหมาย ดังที่ได้ตั้ง “พันธะสัญญาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง” ในครั้งแรก ว่าประสบความสำเร็จหรือไม่ พร้อมบอกถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัว รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จากการสำรวจตัวเองจากสมุดบันทึกสุขภาพด้วยตนเอง และมีกิจกรรมสะท้อนจากความรู้ของตัวแบบ โดยร่วมกันคัดเลือกตัวแบบภายในกลุ่มที่มีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม มาเป็นตัวแบบที่ดี โดยได้มาบอกเล่าถึงวิธีการ

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งวิธีแก้ไขปัญหา

สัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการในขั้นการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหภายในกลุ่ม สนับสนุนและกำลังใจ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างหาข้อตกลงและเป้าหมายร่วมกันในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง และให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวให้มีความยั่งยืนต่อไป

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้และการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงที่มารับบริการสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ทอง และได้ประเมินความรู้ การรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในสัปดาห์ที่ 1 และ 12 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและสมุดบันทึกสุขภาพเช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการทดสอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพด้วยสถิติ t - test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t - test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t - test ภายหลังการทดสอบ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ ศช 0530.11/2970 ลงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2559

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.66 โดยมีอายุเฉลี่ย คือ 58.30 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.33 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 76.66 ส่วนใหญ่มีอาชีพ

เกษตรกรรม ร้อยละ 73.33 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 8,316.00 บาท และข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.00 โดยมีระยะเวลาในการป่วยเฉลี่ย 7.63 ปี ในด้านของพฤติกรรม การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบ ร้อยละ 93.33 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 90.00 และการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง ส่วนใหญ่คิดว่าอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย ร้อยละ 53.00 สำหรับค่าดัชนีมวลกาย มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (มากกว่า 23.0 กก./ม²) โดยค่าเฉลี่ยคือ 25.54 กก./ม² ส่วนค่าเฉลี่ยรอบเอว ส่วนใหญ่เกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศชาย รอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร และเพศหญิงเกิน 80 เซนติเมตร พบว่า ค่าเฉลี่ยรอบเอว คือ 90.76 เซนติเมตร

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	Mean diff	T	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง					
ก่อนทดลอง	15.63	1.79	-2.63	-11.100	<.001*
หลังทดลอง	18.26	1.14			
การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง					
ก่อนทดลอง	52.90	8.65	-12.10	-11.010	<.001*
หลังทดลอง	65.00	3.79			
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
ก่อนทดลอง	47.10	4.60	-6.50	-8.544	0.017*
หลังทดลอง	53.60	2.32			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	Mean diff	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง					
กลุ่มทดลอง	18.26	1.14	1.20	3.84	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.06	1.04			
การรับรู้พลังอำนาจของตนเอง					
กลุ่มทดลอง	65.00	3.79	13.53	21.05	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	51.46	4.98			
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง					
กลุ่มทดลอง	53.60	2.32	7.43	12.34	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	46.16	2.56			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจรู้พลังของตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า จากผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยได้มีการทำกิจกรรมในการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเนื้อหาจะประกอบด้วยความรู้ทั่วไป สาเหตุของการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค และการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย

วิเคราะห์สาเหตุปัญหา สะท้อนคิด และหาแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยมีการออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 3 - 7 โดยจะมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งยึดเกณฑ์การติดตามเยี่ยมก่อนและหลัง โดยเรียงการเยี่ยมบ้านจากผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยไปมาก ซึ่งการเยี่ยมบ้านผู้วิจัยจะกระตุ้นให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในด้านที่สงสัย หรือไม่สามารถปฏิบัติได้ตามพันธะสัญญาที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งวิธีเหล่านี้สามารถพัฒนาความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองได้ดี เป็นผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา สุริยพันธุ์⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งในโปรแกรมได้มีการให้การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ดูแลพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ ฉวีธาดา ทานะมัย⁽²⁰⁾ ที่ได้ศึกษาผล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ของโปรแกรมการสอนการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังรับโปรแกรมมีความรู้ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนรับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า จากผลของการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน⁽⁷⁾ มาประยุกต์ใช้ใน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยดำเนินการตามกระบวนการซึ่งมี 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยจะเน้นรายละเอียดที่ขั้นตอนของการ สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นระยะของการพัฒนาพลังอำนาจในส่วนบุคคล การตรวจสอบและค้นหาสิ่งที่ตนเองสนใจ มีผลนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิดใหม่ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมตามมา โดยผู้วิจัยได้นำแนวทางมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้มีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์สภาพปัญหาของตนเอง และร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย และพฤติกรรมปฏิบัติร่วมกัน จนทำให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการออกติดตามเสริมพลังอำนาจ โดยการกล่าวชมเชย แนะนำให้กำลังใจ รวมทั้ง มีการติดตามการบันทึกผลการปฏิบัติตัว ในคู่มือการบันทึกสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีพลังอำนาจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับ จันทรา คงเจริญ⁽¹³⁾ ผล

การศึกษา พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก มีการรับรู้การมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับ สมคิด ปุณะศิริ⁽²¹⁾ และสุนทรินทร์ สอนศรี⁽²²⁾ ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีการรับรู้พลังอำนาจที่ดีขึ้นสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Janet⁽¹⁴⁾ ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น และการศึกษาของ Fraas⁽²³⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ต้องมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงจะช่วยให้ผู้ช่วยเกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์แนวทางปฏิบัติในการจัดการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และ เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายได้ว่า จากการที่ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เน้นในขั้นตอนของการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมจะมีการให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติตัวของคนที่ผ่านมา และร่วมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน จากนั้นนำมาคิดวิเคราะห์

ปัญหาาร่วมกัน และมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติ สาธิต การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานที่เหมาะสมกับตนเอง การฝึกผ่อนคลายความเครียด และวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้วิจัยได้แจกสมุดบันทึกสุขภาพด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้บันทึกสุขภาพของตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ซึ่งจะมีการออกติดตามเยี่ยมบ้าน ในช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 3 -7 ของการทดลอง โดยได้มีวางแผนการออกติดตามเยี่ยมก่อน-หลัง ตามคะแนนความรู้ก่อนเรียนซึ่งการลงเยี่ยมบ้านรายบุคคล เป็นการออกเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กำลังใจ และแนะนำการปฏิบัติตัวและเน้นย้ำในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีจุดอ่อน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ ภารดี เจริญทอง⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้น วิลาวัณย์ ศรีโพธิ์⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่มิภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้มีการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกระบวนการเสริมพลังอำนาจมีการรับรู้ความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ที่ลดลง และการศึกษาของ Suntayakorn⁴ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมกลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่/กลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงกัน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง
2. จากการวิจัยได้มีการลงติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามเสริมสร้างให้กำลังใจผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ดีขึ้น ดังนั้น ในการทำงานในระดับปฐมภูมิ ควรมีการดำเนินการติดตามเชิงรุก เพื่อให้เป็นการส่งเสริม และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีการปฏิบัติตัวที่ดียิ่งขึ้น
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ควรให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ในด้านของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า สามารถปรับเปลี่ยนได้ค่อยลำบาก ดังนั้น หากสามารถนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และเล็งถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะสามารถทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
4. การวิจัยครั้งนี้ได้มีการควบคุมตัวแปร อายุและระยะเวลาการป่วย ดังนั้นเพื่อเกิดความมั่นใจในผลการทดลองที่เกิดขึ้น และได้รูปแบบการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น ควรมีการควบคุมตัวแปรเกี่ยวกับ โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาด้วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.National Stroke Association. **What stroke.** 2015. [Online]. Available From: <http://www.stroke.org/understand-stroke/what-stroke>. [accessed May 29, 2017].
- 2.World Stroke Organization. **World Stroke Day 2016.**2016. [Online]. Available From: <http://www.worldstrokecampaign.org/>. [accessed June 15, 2017].

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

- 3.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถิติสุขภาพผู้ป่วยใน. 2559. [ออนไลน์].: ได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/> [สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2560].
- 4.Suntayakorn. Effects of an Empowerment Program on Health Behaviors and Stroke Risk Reduction of At – Risk Group in Thai Rural Community. **Journal of the Medical Association of Thailand**, 96(9), 2013. 1229 – 1238.
- 5.ก้องเกียรติ ภูณักษณ์ทรากร. **ประสาทวิทยาพื้นฐาน**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553.
- 6.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนทอง. รายงานการโรคเรื้อรังประจำปี 2558. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].
- 7.Gibson, C.H. **A study of empowerment in mother of chronically ill children**. Unpublished doctoral Dissertations: Boston College, Boston, 1993.
- 8.วิลาวัณย์ ศรีโพธิ์. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านหนองบัว ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
- 9.ละม่อม มาศรี. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองกลุ่มเสี่ยงโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตำบลบ้านลาน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.
- 10.ธิดา ศิริ. ผลของโปรแกรมการเสริมพลังร่วมกับการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรดแลคติกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551.
- 11.ภารดี เจริญทอง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, ฉบับพิเศษ, 2558. 143 – 157.
- 12.สุนันทา สุริยพันธุ์. ผลของการใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการเพิ่มความสามารถแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
- 13.จันทร์ภา คงเจริญ. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคอัมพาตครึ่งซีก. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, 5(1), 2553. 38 – 46.
- 14.Janet, WH. et. al. Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke A randomized controlled trial. **Clinical Interventions in Aging**, 11, 2016. 1441 - 1450.
- 15.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประเมินกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเป็นอัมพฤกษ์และอัมพาต. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550.
- 16.สมคิด อ่อนปรางค์. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2552.
- 17.Glass, G.V. Primary, Secondary and Meta – Analysis of Research. **Educational Research**. 5(10), 1976. 3-8
- 18.อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2553.
- 19.Bloom, BS. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning**. New York: David Macky, 1976.
- 20.ณัฐชา ทานะมัย. ผลของการใช้โปรแกรมการสอนการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2552.
- 21.สมคิด ปุณณะศิริ. ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารกองการพยาบาล**, 36(3), 2552. 47 – 57.

- 22.สุนทรพิพร สอนศรี. ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอท่าลี่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 6(1). 2555.
- 23.Fraas, M.R. Enhancing Quality of life for Survivors of Stroke Through Phenomenology. **Top Stroke Rehabil**, 18(1), 2011. 40 – 46.

การเจริญสติในผู้ป่วยติดสารเสพติด: มุมมองทางด้านสมองและประสาทวิทยา

Mindfulness Meditation in Substance addicted patients: Brain and Neuroscience perspectives

ทยาวิรุ จันทรวิวัฒน์¹, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ²

TayaweeJuntarawiwat¹, ChanokruthaiChenarom²

บทคัดย่อ

ความรู้เกี่ยวกับการติดสารเสพติดปัจจุบันไม่ได้เพียงอธิบายกลไกการเสพติดทางด้านแรงจูงใจหรือการรู้คิดเท่านั้น แต่ยังมีคำอธิบายถึงกลไกทางด้านสมองและประสาทวิทยาที่ทำให้เกิดการเสพติดขึ้นในแง่ของพฤติกรรมที่ไม่สามารถควบคุมการกระทำตามแรงกดดันได้ (compulsive behaviors) ซึ่งองค์ความรู้นี้ สอดคล้องกับแนวทางการช่วยเหลือด้วยการเจริญสติ ซึ่งพบว่าส่งผลต่อกระบวนการทางสมองและประสาทวิทยาในการเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมบทความนี้เสนอความรู้เกี่ยวกับเส้นทางสารสื่อประสาทโดปามีนในสมอง พฤติกรรมตามแรงจูงใจจากระบบโดปามีน วงจรระบบรางวัลของสมองและการทำงานทางสมองที่ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงที่อธิบายการเปลี่ยนผ่านจากการเสพติดเป็นการติด (from abuse to addiction) ความเข้าใจในเรื่องนี้นำไปสู่การผนวกแนวทางการบำบัดรักษาด้วยการเจริญสติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมการเสพติดของตนเองได้

คำสำคัญ: การเจริญสติ, ผู้ป่วยติดสารเสพติด, สมองประสาทวิทยา

Abstract

The recent knowledge relating to addiction is not only address motivation and cognitive dysfunction but also brain and neuroscience mechanisms that leads to addiction in terms of compulsive behaviors. This body of knowledge is congruent with the Mindfulness-based intervention that is found to affect several brain and neural mechanisms which results in increasing self-awareness and self-regulation ability. The current review article presents informative explanation about the dopamine neuronal pathways, behavioral consequences of dopaminergic induced motivational system, brain reward system and disintegrated brain function that leads to transition of substance abuse to substance dependence. The understanding of this pivotal issue can lead to the integration of mindfulness-based intervention to help individuals with substance addict to deal with their substance abusive behaviors.

Keywords: mindfulness meditation, Substance Use Disorders, Brain, Neuroscience

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การเข้าหาความสุขและหลีกเลี่ยงความทุกข์เป็นธรรมชาติของมนุษย์เราทุกคนมีแรงขับเคลื่อนตามสัญชาตญาณเพื่อติดตามใจว่าให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ และทำลายสิ่งที่สร้างความทุกข์ให้หมดสิ้นไป เช่นเดียวกันกับที่บุคคลใช้สารเสพติดเพื่อหนีจากความทุกข์ให้จิตใจมีความสุขสนุกสนานได้ ตราบที่ยังอยู่ในฤทธิ์ของสารเสพติด อย่างไรก็ตาม ปัญหาหนักเกิดเมื่อพฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนไปจากการเสพติดเพื่อรู้สึกดีหรือเพื่อให้ลืมความทุกข์ กลายเป็นการติดสารเสพติดที่จิตใจหมกมุ่นอยู่กับสารเสพติดโดยไม่ต้องมีสาเหตุกระตุ้นให้มีความทุกข์ใดจากสถานการณ์ภายนอกเลยและแม้มีคำกล่าวอ้างจากผู้ติดยาเสพติดหลายคน ว่าการจะเลิกเสพติดได้นั้นต้องใช้ใจเป็นหลัก หากบุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็ง การเลิกเสพติดก็จะทำได้สำเร็จ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า แม้กระทั่งผู้ที่มีความมุ่งมั่นและมีจิตใจเข้มแข็ง มีครอบครัวที่พร้อมสนับสนุนให้เลิกเสพติดก็ยังประสบความล้มเหลวในการพยายามเลิกเสพติด ยังเที่ยวเข้าออกสถานบำบัดหลายครั้ง ใช้เวลาหลายปี ผ่านเหตุการณ์บอบช้ำในชีวิตอย่างโชกโชกกว่าจะสามารถควบคุมการเสพติดของตนเองได้ ในขณะที่อีกหลายคนไม่สามารถเลิกเสพติดได้จนตลอดชีวิต ดังนั้นการเลิกเสพติดจะไม่ง่ายและตรงไปตรงมาแค่เพียงมีจิตใจเข้มแข็งหรือไม่เท่านั้น นักวิชาการต่างศึกษาค้นคว้าเพื่ออธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพติดและเลิกเสพติด ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเองที่องค์ความรู้ด้านสมองและประสาทวิทยามีความก้าวหน้าอย่างมาก สามารถอธิบายกลไกการเสพติดว่าเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบสารสื่อประสาทและวงจรสมองที่เกี่ยวข้องกับรางวัลและแรงจูงใจทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากการเสพติด (Abuse) เพื่อให้เกิดความสุขสนุกสนาน เป็นการติด (Addiction) ที่บุคคลเสพติดเพื่อหนีจากความทุกข์ทรมานทางร่างกายและจิตใจเมื่อไม่ได้เสพติด

โปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำ (Mindfulness-based relapse prevention) มุ่งช่วยให้ผู้เสพติดเปลี่ยนพฤติกรรมเสพติดได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนไม่กลับมาเสพติดซ้ำ (Relapse) โดยฝึกทักษะให้ผู้เสพติดเท่าทันอารมณ์และความคิดของตนเอง สามารถพิจารณาธรรมชาติของจิต นำไปสู่การยอมรับและอยู่ร่วมกับความรู้สึกไม่สุข

สบายทางกายและใจของตนเองได้ เลิกทรมานทรมานใจว่าที่ จะต้องรู้สึกสนุกสบายอยู่ตลอดเวลาใช้ปัญญาในการดำเนินชีวิตไม่ตกเป็นเหยื่อของอารมณ์ที่จุดดิ่งให้คล้อยตามสัญชาตญาณซึ่งมุ่งเพียงหลีกเลี่ยงทุกข์ทรมานและใจว่าความสุขสนุกสนานในระยะสั้น ความมีสติทำให้เกิดปัญหาวิเคราะห์ผลของการกระทำ และพัฒนาความมุ่งมั่นที่จะเลิกเสพติดและสร้างวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับระบบสารสื่อประสาทและวงจรสมองด้านรางวัลและแรงจูงใจ ที่อธิบายพยาธิสภาพของการเสพติดและแนวทางการบำบัดผู้เสพติดด้วยการเจริญสติเป็นฐานเพื่อป้องกันการเสพติดซ้ำแล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในการประยุกต์ใช้หลักการเจริญสติเป็นฐานเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้เสพติดในการเลิกเสพติด⁽¹⁾

วงจรรางวัลของสมอง การที่สมองจะเลือกพฤติกรรมตอบสนองอย่างไรต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับระบบการทำงานของโดปามีน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้บนพื้นฐานของการได้รับรางวัล จึงถูกเรียกว่า วงจรรางวัลของสมอง (Brain reward circuits) ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถจดจ่ออยู่กับการกระทำและผลที่ได้รับจากการกระทำ เกิดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของชีวิตให้สามารถเลือกดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพวงจรรางวัลของโดปามีน⁽²⁾ ประกอบไปด้วยพื้นที่สมองหลายแห่งคือ ส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) ที่เป็นแหล่งผลิตและเก็บสารสื่อประสาทโดปามีน ส่วน Basal gangliaหรือปมประสาทฐานที่คอยหาสิ่งกระตุ้นความสนใจ ส่วน Thalamusที่ทำหน้าที่รวบรวม ผสานและคัดกรองข้อมูลจากสิ่งเร้าต่าง ๆ ก่อนส่งให้เปลือกสมองโดยเฉพาะส่วนหน้า (Prefrontal cortex; PFC) ที่รับผิดชอบงานบริหารจัดการขั้นสูง (Executive function) ทำการแปลความหมายของข้อมูล เรียบเรียงข้อมูลให้เป็นระบบ วิเคราะห์ทางเลือก และตัดสินใจตอบสนองโดยระบบนี้ มีเส้นทางที่เริ่มจากฐานผลิตที่ก้านสมองในส่วน VTA แล้วถูกส่งมายัง Striatum (โครงสร้างหนึ่งของสมองส่วนอารมณ์ Basal ganglia) ที่ทำหน้าที่เปรียบเสมือนสถานีย่อย ก่อนขนส่งโดปามีนต่อไปยังสถานีใหญ่ที่ Thalamus เพื่อผสมผสานสัญญาณก่อนส่งต่อไปยังสมองส่วนบนอีกครั้งหนึ่ง เส้นทางที่ขนส่งโดปามีนไปยัง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สมองส่วนต่างๆมีหลายเส้นทาง แต่เส้นทางที่สำคัญที่จะกล่าวถึงในที่นี้ คือเส้นทางที่เดินทางไปยังสมองส่วนอารมณ์ (Mesolimbic pathway) ที่ส่งโดปามีนจาก VTA ไปยัง Striatum และเส้นทางที่เดินทางไปยังสมองส่วนคิด (Mesocortical pathway) ที่โดปามีนจาก Striatum ถูกส่งมายัง Thalamus เพื่อนำข้อมูลด้านอารมณ์และความรู้สึกไปยังสมองส่วนที่ทำหน้าที่ต่างกันดังนี้⁽³⁾

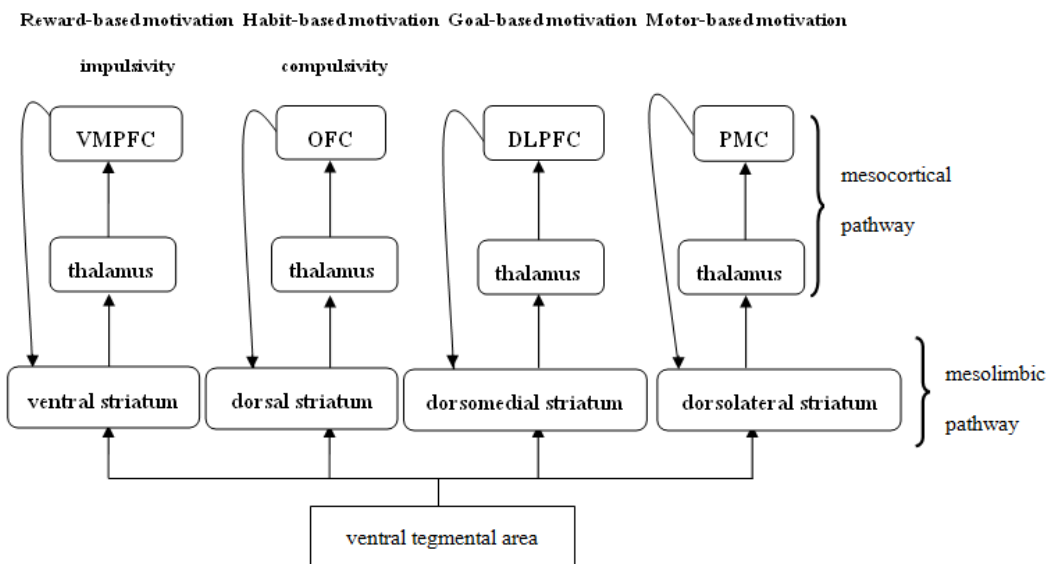
1) เส้นทางที่โดปามีนจาก VTA ส่งสัญญาณประสาทนำข้อมูลของสิ่งเร้าส่งมาที่ Ventral striatum (หรืออีกชื่อหนึ่งคือ Nucleus accumbens; NAc) ก่อนส่งผ่าน Thalamus เพื่อไปสิ้นสุดที่สมองส่วนหน้าตรงกลางด้านล่าง (Ventromedial Prefrontal Cortex; VMPFC) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวกับการรับรู้และแปลข้อมูลด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้า โดยเฉพาะเรื่องของการเกิดแรงกระตุ้นต่างๆหากสมองส่วนนี้ทำงานไม่ได้ เช่น บุคคลที่อยู่ในวัยเด็กและวัยรุ่นที่สมองส่วนบนนี้ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ หรือเกิดความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจนำไปสู่พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ได้

2) เส้นทางที่โดปามีนจาก VTA นำข้อมูลของสิ่งเร้าส่งมาที่ Dorsal striatum ผ่านไปยัง Thalamus ก่อนจะถูกส่งต่อไปที่สมองส่วนรอบเปลือกตา หรือ Orbitofrontal Cortex

(OFC) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่เกี่ยวกับการพิจารณาตัดสินใจ กระทำพฤติกรรมให้สอดคล้องตามความเหมาะสมตามบริบททางสังคม เส้นทางนี้จึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการควบคุมแรงกระตุ้น หากสมองส่วนนี้ทำงานไม่มีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่พฤติกรรมขาดความยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) หรือพฤติกรรมที่ไม่คิดประหลาด ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

3) เส้นทางที่โดปามีนจาก VTA นำข้อมูลของสิ่งเร้าส่งมาที่ Dorsomedial Striatum ผ่านไปยัง Thalamus ก่อนไปสิ้นสุดยังสมองส่วน Dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC) ซึ่งเป็นสมองส่วนคิด วิเคราะห์และวางแผนวงจรสมองส่วนนี้มีหน้าที่สำคัญในการผสมผสานอารมณ์ความรู้สึกต่อความคิดและการใช้ตรรกะเหตุผลในการควบคุมอารมณ์ตีความคุณค่าของสิ่งเร้าและวางแผนเป้าหมายของพฤติกรรม หากเกิดความผิดปกติของสมองส่วนนี้อาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุสมผล (Irrationality) ได้

4) เส้นทางที่โดปามีนจาก VTA นำข้อมูลของสิ่งเร้าส่งมาที่ Dorsolateral Striatum ผ่านไปยัง Thalamus ก่อนไปที่ Primary Motor Cortex (PMC) ที่เป็นสมองส่วนที่ตีความด้านลักษณะของสิ่งเร้า และความคุ้นเคยของตนกับสิ่งเร้านั้น ทำให้มีการตอบสนองแบบอัตโนมัติจากความเคยชินและทักษะความชำนาญ (Automaticity)



ภาพประกอบที่ 1 เส้นทางของสารสื่อประสาทโดปามีนในวงจรรางวัลของสมอง
คัดลอกและดัดแปลงไดอะแกรมจาก Everitt & Robbins (2013)⁽⁴⁾

พฤติกรรมตามแรงจูงใจจากระบบโดปามีน

ธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนดำรงชีวิตได้ต้องอาศัยแรงจูงใจจากระบบโดปามีนให้คงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อชีวิต อันเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการอยู่รอด การที่วงจรสมองตามระบบโดปามีนทั้งสี่เส้นทางเดินทางไปกระตุ้นพื้นที่การทำงานของสมองชั้นบนที่ต่างกันนั้น สะท้อนความแตกต่างในระบบแรงจูงใจและการตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคล นั่นคือ สมองส่วนVMPFCจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความอยาก (Urges) กระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจมุ่งให้ได้มารางวัลตอบสนองความสุข ความพึงพอใจของตนเองสมองส่วน OFC จะช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงความเหมาะสมของความต้องการตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรม และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองตามความต้องการดังกล่าวได้ในขณะที่สมองส่วน DLPFC ทำหน้าที่ด้านการคิดวิเคราะห์รวมทั้งวางแผนและติดตามผลการกระทำ และสมองส่วน PMC จะเอื้อให้บุคคลกระทำพฤติกรรมจากทักษะความเชี่ยวชาญหรือความเคยชิน จึงสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วทันทีโดยไม่ต้องคิดหรือรู้ตัวเลยก็ได้ การทำงานของเส้นทาง PMC นี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลทำพฤติกรรมมาเป็นเวลานานจนสมองถ่ายโอน โปรแกรมการทำงานพฤติกรรมนั้นไปที่สมองส่วนการกระทำโดยไม่ต้องคิด เพื่อประหยัดพลังงานและเพิ่มความรวดเร็วเป็นธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม เส้นทางวงจรสมองทั้ง 4 ควรต้องอยู่ในภาวะพร้อมที่จะทำงานได้เพื่อให้เกิดการประสานงานกันอย่างสมดุล หากเส้นทางใดเส้นทางหนึ่งทำงานมากเกินไป (overactive) ทำให้เส้นทางอื่นทำงานน้อยลงหรือไม่ทำงานเลย (underactive or inactive) วงจรรางวัลของสมองก็จะเสียสมดุลการทำงาน ส่งผลต่อพฤติกรรมได้^(5,6)

ความแตกต่างของการทำงานของสมองนี้จะเห็นได้ชัดในบุคคลที่มีวัยและประสบการณ์ชีวิตต่างกัน ในวัยรุ่นที่สมองส่วนStriatum ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Limbic system ที่ทำหน้าที่ผลิตอารมณ์ที่เจริญเติบโตทำหน้าที่ได้แล้วแต่สมองส่วนบนยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ แรงจูงใจและพฤติกรรมจึงมักถูกกระตุ้นจากสมองส่วนอารมณ์ที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็วทันทีที่สมองส่วน

VMPFCไม่สามารถยับยั้งแรงกระตุ้นภายในได้ (Impulse control) สมองส่วน OFC ไม่สามารถพัฒนาพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของตนเอง (Response inhibition) และสมองส่วน DLPFCไม่สามารถวิเคราะห์ผลดีผลเสียอย่างรอบคอบในระยะยาวได้วัยรุ่นจึงมีแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยง เพราะสมองเลือกที่จะติดตามรางวัลและคุณค่าสิ่งเร้าในปัจจุบันจนทำให้หุนหันพลันแล่น ขาดความยับยั้งชั่งใจ นอกจากนี้ ในตอนแรกนั้นบุคคลอาจใช้สารเสพติดเพราะอยากลอง หรือเห็นว่าใช้แล้วเท่ แต่เมื่อได้เสพจนสมองเรียนรู้ถึงรางวัลที่ได้รับจากการเสพติดพฤติกรรมการเสพติดจึงเปลี่ยนไปจากการถูกกระตุ้นจากวงจรอารมณ์ เป็นการตั้งใจวางแผนเพื่อให้ได้สารเสพติดมานั่นคือ วงจรรางวัลของสมองส่วนความคิดที่DLPFC ทำงาน ผู้เสพติดจะใช้สมองส่วนคิดในการทำพฤติกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งสารเสพติดอย่างจริงจัง และมักมีความคิดบิดเบือนเป็นอคติ หลายรายจะปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้ติดสารเสพติดคิดว่าจะเลิกเมื่อใดก็ได้ บางรายมองแต่ผลดีของการได้เสพและคิดว่าตนเองจะไม่สามารถเลิกเสพได้ จนเมื่อเสพนานเข้าจนเป็นนิสัย สมองส่วน PMC ก็จะกระตุ้นให้แสวงหาสารเสพติดตามความเคยชิน โดยอัตโนมัติ เมื่อมาถึงขั้นนี้ เรียกได้ว่าบุคคลติดพฤติกรรมการเสพติดมากกว่าความสุขที่จะได้จากการเสพติดอีก⁽³⁾

สมองเสพติด: จากเสพเพื่อความสนุกสู่การทุกข์เมื่อไม่ได้เสพ พฤติกรรมติดสารเสพติดเกิดจากการทำงานที่ไม่สมดุลระหว่างวงจรความคิดและอารมณ์ การทำงานของสมองส่วนอารมณ์ คือ Mesolimbic pathway ที่มากเกินไป ทำให้วงจรสมองส่วนคิดคือ Mesocortical pathwayไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ ระบบโดปามีนในเส้นทาง VTA – มายัง Striatum ที่เป็น Bottom-up regulation ถูกกระตุ้นมาก จนไปทำให้เส้นทางของสมองส่วนบนทั้งVMPFC OFC DLPFCและPMC ที่ย้อนกลับมายัง Striatum ซึ่งเป็น Top-down regulationทำงานได้น้อย ซึ่งเส้นทางนี้เอื้อให้บุคคลเข้าใจความหมายตระหนักถึงคุณค่าและอันตรายของสิ่งเร้าสามารถวิเคราะห์ด้วยเหตุผลตรรกะ ก่อนจะเลือกพฤติกรรมตอบสนองอย่างมีเป้าหมาย⁽³⁾ เมื่อเส้นทางสาร

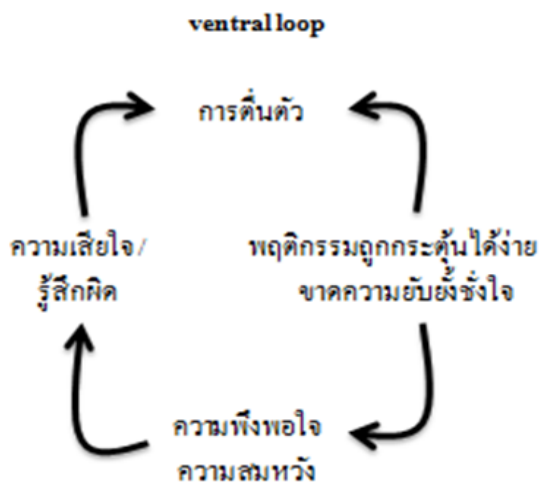
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สื่อประสาทโดปามีนเส้นนี้ถูกปิดกั้นทำให้สมองส่วนคิดที่ PFC ทำงานประสานกับส่วนอื่นๆ เพื่อสร้างสมดุลในการทำงานของสมองไม่ได้ สมองขาดความเชื่อมโยง บุคคลจึงตกเป็นทาสของวงจรรางวัลของสมองส่วนอารมณ์ หลงอยู่ในวังวนของการคิดสารเสพติด วิธีที่จะออกจากวงจรนี้ได้คือ ฟันฟูการทำงานของสมองส่วนคิดให้สามารถใช้ตรรกะเหตุผลและความสามารถในการยับยั้งชั่งใจ เข้าไปควบคุมกำกับอารมณ์และกำหนดพฤติกรรมตนเอง การฝึกการเจริญสติเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยฟันฟูการทำงานของสมองทุกส่วนให้มีประสิทธิภาพ

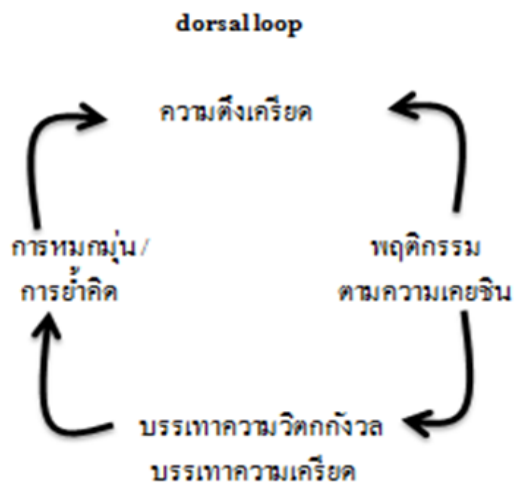
ในทางพฤติกรรมนั้น ความแตกต่างของการเสพติดกับการติดสารเสพติดสามารถพิจารณาได้จากการที่บุคคลนั้นไม่สามารถรับผิชอบหน้าที่ตามปกติได้ ต้องเพิ่มขนาดการเสพ (Tolerance) ขึ้นเรื่อย ๆ และมีอาการถอนยา (Withdrawal) เมื่อไม่ได้เสพ แต่เมื่อไม่นานนี้เองที่

ความรู้ทางสมองและประสาทวิทยาสามารถอธิบายถึงกระบวนการทางกายภาพที่สอดคล้องกับคำอธิบายทางพฤติกรรมนี้ ว่าเกิดจากการเปลี่ยนเส้นทางหลักในระบบสารสื่อประสาทโดปามีนจากผู้เสพแต่ยังไม่คิดที่ใช้เส้นทาง VTA – Ventral striatum – Thalamus – VMPFC ซึ่งทำให้บุคคลเกิดแรงกระตุ้นอยากใช้สารเสพติดเพื่อหวังผลในทางบวกของความสุข สนุกเคลิบเคลิ้มจากการเสพมาเป็นเส้นทาง VTA – Dorsal striatum – Thalamus – OFC ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานเมื่อไม่ได้อยู่ภายใต้ฤทธิ์สารเสพติดบุคคลจึงหมกมุ่นอยู่กับการเสพเพื่อให้ตนเองไม่รู้สึทรมาน ทำให้แรงจูงใจในการเสพของผู้ติดเปลี่ยนจากการเสพเพื่อหาความสุขมาเป็นการเสพเพื่อหนีทุกข์ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่รุนแรงกว่าการแสวงหาความสุขตามหลักการสัญชาตญาณการเอาตัวรอด

วงจร impulsive behavior



วงจร compulsive behavior



การเสริมแรงทางบวก

ภาพประกอบที่ 2 วงจรสมองที่อธิบายการเปลี่ยนจากการใช้สารเสพติดเป็นการติดสารเสพติด

คัดลอกและดัดแปลงไดอะแกรมจาก Koob, et.al. (2004)⁽⁷⁾ pp.740

Koob, et.al.(2004)⁽⁷⁾ อธิบายว่าเมื่อบุคคลเสพสารเสพติดไปนานๆ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมดุลของสารโดปามีนในวงจรรางวัลของสมองในตอนแรก (Neurotransmitter imbalance) อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของโครงข่ายเส้นทางการเดินกระแสประสาท(Neural

pathway reconstruction) ในเวลาต่อมา เพราะสารเสพติดที่กระตุ้นให้สมองหลังโดปามีนในขนาด สูงอยู่ตลอด จะไปเพิ่มระดับพื้นฐาน (Baseline) ของโดปามีนที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสุข สดชื่น มีความหวัง นั่นคือ สารเสพติดไปทำลายสมดุลปกติของระบบโดปามีน ส่งผลให้บุคคล

ต้องการระดับโดปามีนในสมองมากกว่าที่เคย (และมากกว่าในระดับที่คนปกติทั่วไปต้องการ) ในการที่จะรับรู้ถึงความสุขแบบปกติได้ เขาจึงต้องใช้สารเสพติดในการช่วยเพิ่มระดับของโดปามีนให้ถึงจุดที่จะทำให้ตนเองมีความรู้สึกดีในระดับปกติแบบที่เคยรู้สึกก่อนที่จะติดสารเสพติด (พรจิรา ปรวิชรากุล, ม.ป.ป.) กล่าวในมุมมองของการเรียนรู้ได้ว่า เมื่อแรกเสพ สมองได้ถูกวางเงื่อนไขให้รู้สึกดีในการใช้สารเสพติด พฤติกรรมการเสพเกิดจากแรงจูงใจเพื่อหาความสุข (Positive reinforcement) แต่เมื่อบุคคลเปลี่ยนจากผู้เสพเป็นผู้ติด แรงจูงใจในการเสพของเขาจะเปลี่ยนไปเป็นการกระทำเพื่อขจัดความทุกข์ (Negative reinforcement) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพคือ การย้ายเส้นทางหลักในการกระตุ้นจากโดปามีนจาก Ventralstriatum loop เป็น Dorsal striatum loop และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมคือ จากการหลงเสพที่เกิดจากความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) ไม่สามารถยับยั้งการเริ่มพฤติกรรมตามแรงกระตุ้นได้ เป็นการเสพที่เกิดจากการขาดยับยั้งชั่งใจ (Compulsivity) ที่ทำให้เขาไม่สามารถควบคุมหรือระงับยับยั้งให้ตนเองหยุดพฤติกรรมตามแรงกระตุ้นได้^(3,4)

การฟื้นฟูการทำหน้าที่ของสมองในผู้ติดสารเสพติด สุขภาพจิตที่ดีของบุคคลจะเกิดจากการทำงานร่วมกันของสมองทั้งส่วนสัญชาตญาณและการรู้คิด เพราะในที่สุดแล้ว เป้าหมายของชีวิตมนุษย์ก็คือ การดำรงอยู่เพื่อเติมเต็มสัญชาตญาณของตน ทั้งสัญชาตญาณดิบและสัญชาตญาณทางสังคม โดยใช้การรู้คิดช่วยประเมินและวางแผนพฤติกรรมเพื่อทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สมองทุกส่วนจึงต้องทำหน้าที่ของตนเอง และประสานงานกับสมองส่วนอื่นได้อย่างเหมาะสม การทำงานร่วมกันของวงจรสมองส่วนรางวัลและวงจรความคิดทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และประสบความสำเร็จในชีวิต มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจนและรู้สึกมีคุณค่าวงจรรางวัลเปรียบเสมือนเป็นคันเร่งขับเคลื่อนให้บุคคลตื่นตัวในทางบวก มีแรงบันดาลใจจากภายในเพื่อไขว่คว้าความรัก การยอมรับ และความสำเร็จตามเป้าหมายแห่งชีวิต อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม คันเร่งนี้ จะต้องอาศัยวงจรการรู้คิดที่ทำหน้าที่เป็นเบรกเพื่อยับยั้งปฏิกิริยาที่ไม่เหมาะสมบุคคลจึงต้องพึ่งพาทั้งสมองส่วนอารมณ์เพื่อใช้วงจรรางวัลเป็นพลังในการขับเคลื่อนตนเองไปสู่สิ่งที่ต้องการและสมองส่วนคิดเพื่อเรียนรู้วิธีและฝึกฝนพฤติกรรมที่เอื้อต่อการบรรลุความต้องการดังกล่าวภายใต้บริบทของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ด้วย หากสมองส่วนรางวัลทำงานมากเกินไป ก็จะทำให้บุคคลมุ่งแต่ผลของรางวัลที่อาจได้รับ โดยไม่คิดให้รอบคอบถึงอันตรายและผลเสียที่อาจตามมาแต่ถ้าหากว่าหากสมองส่วนคิดทำงานมากเกินไปจนละเลยความต้องการตามสัญชาตญาณ สมองจะเหนื่อยล้า จิตใจก็จะห่อเหี่ยว ไร้อารมณ์ ขาดพลังและแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต

การติดสารเสพติดทำให้สมองส่วนอารมณ์ที่เหนียวนำพฤติกรรมตามสัญชาตญาณทำงานมากเกินไปจนทำให้ส่วนคิดทำงานได้น้อยลงหรือไม่ได้เลยการดูแลสมองและสุขภาพจิตของบุคคลนั้น จึงมุ่งเน้นการขัดเกลาสัญชาตญาณที่เรียกว่า Bottom-up Regulation เพื่อให้สมองส่วนอารมณ์ไม่ถูกกระตุ้นง่ายเกินไปจนควบคุมไม่ได้และบ่มเพาะสมองส่วนคิดให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเข้มแข็ง มีวุฒิภาวะที่เรียกว่า Top-down Regulation⁽⁸⁾ โดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลรู้เท่าทันความรู้สึก อารมณ์และความคิดของตน ไม่หุนหันพลันแล่นทำตามความอยากเสพ (craving) เรียนรู้ที่จะอยู่กับความรู้สึกที่ไม่ดี โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาการเสพเพื่อให้อารมณ์ดีขึ้นรับรู้ถึงความอยากเสพของตนได้โดยไม่จำเป็นต้องทำตามความอยากนั้น ใช้ปัญญากำกับพิจารณาว่าหากเสพแล้วจะมีผลเสียตามมาอย่างไร มีความยับยั้งชั่งใจมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเลิกเสพซึ่งความเพียรนี้มีพลังมากเพราะเป็นผลจากสมองส่วนคิดที่วิเคราะห์ วางแผน กำกับจุดรั้งให้บุคคลอดทนและมีมานะพยายามไปสู่จุดมุ่งหมาย เป็นแรงผลักดันที่มั่นคงและยั่งยืน สามารถเอาชนะแรงผลักดันของการอยากเสพจากสมองส่วนอารมณ์ ที่ถึงแม้จะรวดเร็ว รุนแรง แต่ก็ก็มีลักษณะชั่วคราวช่วยยาม และเปลี่ยนแปลงง่ายได้

การบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานป้องกันการกลับมาเสพติด (Mindfulness) หมายถึงการระลึกถึงบุคคลผู้มีสติจะมีความรู้ตัวในปัจจุบันขณะ จึงแสดง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

พฤติกรรมได้ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเร้าใดๆด้วยความรู้ตัวและตั้งใจ ในทางตรงข้าม การขาดสติ (Mindlessness) คือ ขาดการระลึกรู้ตัว ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมใดๆต่อสิ่งกระตุ้นออกมาโดยอัตโนมัติ ขาดความตั้งใจ ในทางจิตวิทยานั้น การพัฒนาความสามารถในการมีสติระลึกรู้นี้ถือว่ามีความสำคัญมาก เป็นสิ่งที่บอกลักษณะทางจิตใจของบุคคล และเป็นเป้าหมายในการบำบัดผู้มีปัญหาสุขภาพจิต คำว่า มีสติระลึกรู้ คือ การใช้สติไปติดตามคุณลักษณะของจิตที่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สติจึงต้องมีกำลังพอจึงจะสามารถรู้เท่าทันจิต และตรวจสอบกำกับจิตใจให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆด้วยความรู้ตัวพร้อม ไม่เป็นไปตามอารมณ์หรือความคิดปรุงแต่งโดยอัตโนมัติตามความเคยชิน อันจะนำไปสู่ความทุกข์และปัญหาสุขภาพจิตตามมา พุทธศาสนาอธิบายว่า การมีสติระลึกรู้เปรียบเสมือนเป็นดวงตาที่สามที่ก่อให้เกิดปัญญา เป็นสิ่งที่อยู่เหนือกว่าทั้งอารมณ์และความคิด ซึ่งสอดคล้องกับที่นักวิชาการด้านประสาทวิทยาในปัจจุบัน ที่ได้แยกเอาการมีสติระลึกรู้เป็นการทำงานของสมองในอีกระดับหนึ่ง ที่เหนือกว่าการทำงานขั้นสูงของสมองส่วนคิดเสียอีก เนื่องจากการมีสติระลึกรู้ทำให้บุคคลใช้ประโยชน์จากสมองทุกส่วนได้ นำไปสู่ความสมดุลและประสานงานกันของสมองตั้งแต่ส่วนล่างสุดไปจนถึงส่วนบนสุด⁽⁹⁾

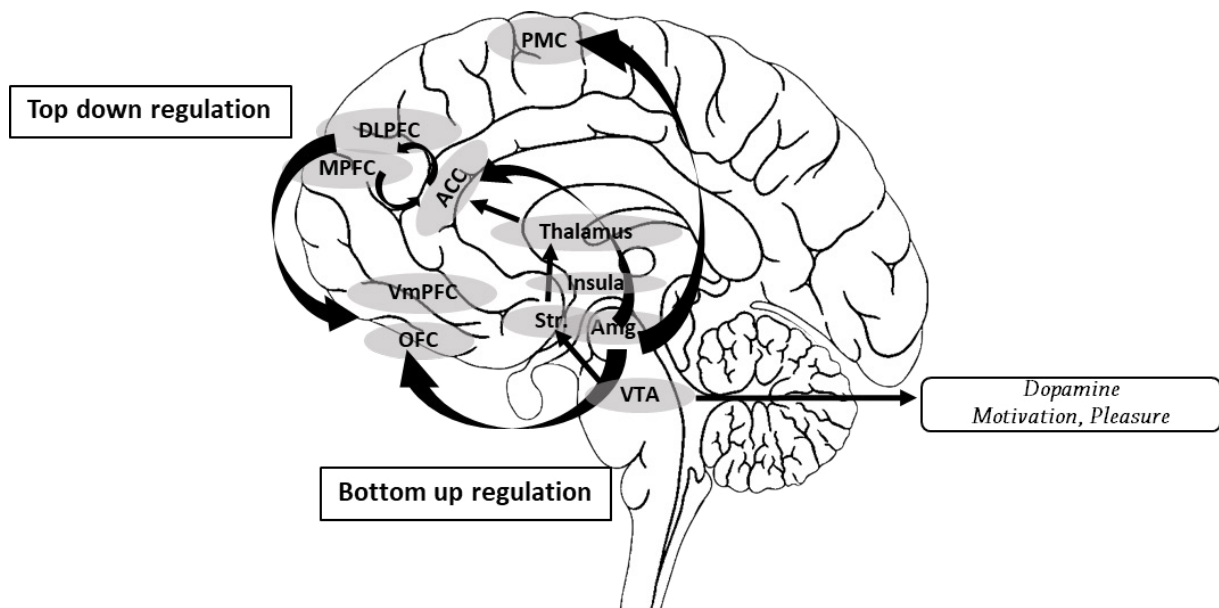
เนื่องจากสมองและจิตใจนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เนื้อหาของบทความในตอนต้น พยายามชี้ให้เห็นว่าการทำงานของสมองมีผลกระทบต่อจิตใจและพฤติกรรมของบุคคล ในทางกลับกัน สภาพจิต อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลก็สามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองได้เช่นกันการเจริญสติเป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยให้บุคคลได้ฝึกทักษะการยอมรับอารมณ์ทางลบซึ่งเกิดขึ้นได้เสมอเป็นธรรมดา โดยบุคคลไม่จำเป็นต้องค้นรณหสิทหนี่ หากการหสิทหนี่ ความทุกข์นั้น นำไปสู่ปัญหาที่มากกว่าบุคคลที่เท่าทันอารมณ์และความคิดตนเองจะสร้างทางเลือกในพฤติกรรมให้ตนเองได้จึงเป็นการใช้แหล่งทรัพยากรในสมองได้อย่างทั่วถึงและเชื่อมโยง

การบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานป้องกันการกลับมาเสพติด (Mindfulness-Based Relapse Prevention :

MBRP) เป็นการผสมผสานเทคนิคการป้องกันการกลับมาดื่มซ้ำ (Relapse prevention: RP) จากกรอบแนวคิดของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) กับเทคนิคการเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness Meditation) โดยมีจุดมุ่งเน้นที่การจัดการกับอารมณ์⁽¹⁰⁾ ด้วยการส่งเสริมให้เฝ้าสังเกตอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดจากความอยากเสพสารเสพติด โดยไม่ตอบสนองการฝึกนี้ทำให้เกิดการเท่าทันอารมณ์และความคิด อันจะนำไปสู่การพิจารณาธรรมชาติของอารมณ์และความคิด จนเกิดปัญญา ขอมรับว่าความอยากเสพเกิดขึ้นได้ ตั้งอยู่และก็ดับไปได้ สามารถที่จะอยู่กับความอยากเสพได้ โดยไม่ต้องทำตามความอยากนั้น พัฒนาความรู้สึกมุ่งมั่นที่มีอำนาจเหนือความอยาก⁽¹¹⁾ กิจกรรมการบำบัดด้วย MBRP นี้จึงมีแนวคิดหลักที่เป็นปัจจัยการบำบัดคือ ความตระหนักรู้ (Awareness) การรับมือกับสิ่งกระตุ้น (Triggers) การยอมรับอารมณ์ (Acceptance) และความสมดุลและการดำเนินชีวิต (Balance of lifestyle)

นักวิชาการผู้ศึกษาถึงกลไกทางสมองที่มีผลต่อปัจจัยในการบำบัดของโปรแกรม MBRP อธิบายว่าการเจริญสติช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของสมองในหลากหลายพื้นที่ ทำให้เกิดการงานที่ดีขึ้นของทั้ง Top-down และ Bottom-up Regulation^(12,13) โดยใน Bottom-up Regulation นั้น จะทำให้ผู้เสพลดปฏิกิริยาตอบสนองต่อตัวกระตุ้นความอยากเสพ (Substance cues) ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ Anterior cingulate cortex (ACC) ที่ประสานกับสมองกลีบหน้าตรงส่วนกลาง (Medial Prefrontal cortex; MPFC) ผ่านทาง Ventral striatum นอกจากนี้ การเจริญสติยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของ Insula ทำให้บุคคลตระหนักรู้ต่อความรู้สึกภายในของตนเองได้ดีขึ้นด้วย ส่วนใน Top-down Regulation การเพิ่มขึ้นของการทำงานของ ACC กับสมองกลีบหน้าจะทำให้บุคคลมีสมาธิดีขึ้น สามารถควบคุมความสนใจและตั้งใจของตนเองได้ (Improved attentional control) อันจะนำไปสู่การเพิ่มการตระหนักรู้ ในปัจจุบันขณะ สมองส่วน DLPFC สามารถวิเคราะห์ แปลความ และให้ความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามตรรกะเหตุผลได้ รวมทั้งการประสานงานที่เพิ่มขึ้นของ

ACC กับ OFC ทำให้บุคคลมีความสามารถในการระงับ
ยับยั้งแรงกระตุ้นภายใน และควบคุมพฤติกรรมของตนเอง
ได้ดีขึ้นด้วย



ภาพประกอบที่ 3 การส่งเสริมทำงานของสมองแบบ Top down และ Bottom Up Regulation ในผู้ติดสารเสพติด
(ตกแต่งอักษรเพิ่มเติมจากภาพเดิมที่ http://www.hovkapellet.com/wordpress/wpcontent/uploads/2006/10/mansklig_hjarna.png เมื่อ 29 กย. 2560 โดยใช้เนื้อหาจาก Stahl (2013)⁽³⁾ pp.541)

การประยุกต์ใช้หลักการบำบัดด้วยการเจริญสติใน
พยาบาลจิตเวชเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเลิกเสพยา ผู้ติด
สารเสพติดนั้นมีพฤติกรรมการเสพยาและทัศนคติต่อการเสพยา
และการเลิกเสพยาที่แตกต่างกันไป ซึ่งหากพยาบาลใช้แนวคิด
จิตวิทยาลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง⁽¹⁴⁾ มาประเมินจำแนก จะ
สามารถจัดผู้ติดสารเสพติดเป็นกลุ่มตามแรงจูงใจในการเสพยา
ได้ และเมื่อผนวกหลักการเหล่านี้เข้ากับองค์ความรู้ด้านสมอง
และประสาทวิทยาของการติดสารเสพติดและการเจริญสติ
แล้ว จะทำให้พยาบาลมองเห็นความเชื่อมโยงของปัจจัยทาง
ชีววิทยากับลักษณะความคิด จิตใจ และพฤติกรรม สามารถ
บูรณาการหลักการเหล่านี้ได้อย่างสอดคล้อง เพื่อวางแผนการ
พยาบาลให้ครอบคลุมเหตุปัจจัยของการเสพยาในแต่ละ
บุคคล ที่มีลักษณะแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
การเสพยาของตนเองแตกต่างกันดังนี้

1. กลุ่มเฉยเมย (Precontemplation) เป็นกลุ่มผู้ติดสาร
เสพติดที่ไม่มีความตั้งใจที่จะเลิกเสพยาเลย ไม่ตระหนักถึงความ
จำเป็นในการเลิกเสพยา โดยอาจเป็นผู้ที่ปฏิเสธการติด บอก
ตนเองและผู้อื่นว่าจะเลิกเมื่อใดก็ได้ หรืออาจเป็นผู้ที่ไม่เชื่อว่า

จะเอาชนะใจตนเองเปลี่ยนแปลงตนเองให้เลิกเสพยาได้ ลักษณะที่
ร่วมกันของคนกลุ่มนี้คือไม่ใช้การคิด ปฏิเสธการคิด ทำการ
เสพยาไปตามที่ตามอารมณ์ชั่ววูบ สิ่งที่พยาบาลควรทำในบุคคล
กลุ่มนี้คือใช้คำถามท้าทายให้จู้จิด เป็นการกระตุ้นให้สมอง
ส่วนบน (Mesocortical pathway) ได้ทำงาน แทนที่แรงจูงใจใฝ่
พฤติกรรมจะถูกครอบงำด้วยสมองส่วนอารมณ์ (Mesolimbic
pathway) เพียงอย่างเดียวในขั้นนี้ กิจกรรมการเจริญสติที่
เหมาะสมสำหรับผู้ติดสารเสพติด คือการฝึกสมณะกรรมฐาน
เพื่อให้มีสมาธิ สร้างการตระหนักรู้ (Awareness) ให้เท่าทัน
อารมณ์และความอยาก (Urge) ของตน

2. กลุ่มลังเลใจ (Contemplation) เป็นกลุ่มผู้ติดสารเสพติด
ที่เริ่มมีคำถามในใจถึงการกระทำของตนเอง ว่าควรเสพยา
ต่อไปหรือไม่ จะเลิกเสพยาต้องทำอะไร จะทำได้หรือไม่ หรือ
กระทั่งมีการวางแผนเลิกเสพยา ซึ่งแสดงถึงการทำงานของวงจร
สมองส่วนคิดจึงเริ่มมองเห็นผลเสียของการเสพยา ทำให้เกิดการ
ลังเล สงสัยในพฤติกรรมของตน สิ่งที่พยาบาลควรทำใน
บุคคลกลุ่มนี้คือส่งเสริมวิธีคิดแบบมีตรรกะลดการใช้ความ
เชื่อบิดเบือนที่สนับสนุนให้เสพยาต่อไป เป็นการเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งของวงจรสมองส่วน DLPFC ให้ Top-down regulation ดีขึ้นพยาบาลอาจประยุกต์ใช้การฝึกวิปัสสนากรรมฐาน ที่ช่วยให้ผู้ติดสารเสพติดได้รับรู้คิดตามความคิดของตน และพิจารณาใคร่ครวญจนเห็นความคิดบิดเบือนที่ตนเองใช้เป็นเหตุผลในการเสพยา

3. กลุ่มลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นกลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเสพยา ไม่ว่าจะเป็นการลดขนาดการเสพยา ละเว้นการเสพยาในบางช่วงเวลา หรือเลิกเสพยาโดยเด็ดขาดอย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้ติดสารเสพติดได้ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว อย่างไรก็ตามในขั้นตอนต้นว่า เมื่อผู้เสพยาเปลี่ยนเป็นผู้ติดยาสมองได้เปลี่ยนจากการเสพยาเพื่อให้อารมณ์ดีมาเป็นเสพยาเพื่อไม่ให้รู้สึกแย่ ดังนั้นสำหรับผู้ติดสารเสพติดแล้ว กำลังใจในการเลิกเสพยาจากการมีความรู้สึกดีที่เลิกเสพได้นั้นไม่เพียงพอ แต่บุคคลต้องยอมรับและเผชิญความทุกข์ทรมานจากการไม่ได้เสพยาให้ได้ด้วย โดยใช้ทักษะการเจริญสติ มาช่วยรับมือกับสิ่งกระตุ้น (Triggers) โดยฝึกการยอมรับอารมณ์อยาก (Urge) โดยไม่จำเป็นต้องทำตามหรือปฏิเสธอารมณ์นั้น (Acceptance) เป็นการปรับการทำงานของสมองส่วนอารมณ์เสริมสร้างความเข้มแข็งของวงจรสมองส่วนล่างให้มี Bottom-up regulation

4. กลุ่มกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นกลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่สามารถเลิกเสพได้ในช่วงเวลาหนึ่ง พยาบาลมักพบอุปสรรคที่สำคัญต่อการคงพฤติกรรมเลิกเสพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ถึงแม้จะตระหนักถึงพิษภัยในการเสพยา มีความตั้งใจและคิดวางแผนการเลิกเสพอย่างดีแล้ว แต่ความทรมานจากความต้องการเสพอย่างรุนแรงที่ส่งตรงจากสมองส่วนอารมณ์

ก็มักทำให้บุคคลหวนกลับไปเสพอีก (Lapse) เมื่อถึงจุดนี้บุคคลจะรู้สึกผิดหวังและโทษตนเอง ซึ่งก็ยิ่งทำให้สมองส่วนอารมณ์ทำงานมากขึ้น จนย้อนกลับไปใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงความทุกข์อีกครั้ง ดังนั้น พยาบาลควรสนับสนุนให้กำลังใจ ไม่ให้ผู้ป่วยตีตราตนเอง (Stigmatization) ว่าเป็นคนชั่วแพ้เลิกเสพไม่สำเร็จ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งใจใหม่ได้ไม่ท้อแท้ กระตุ้นให้ใช้พลังจากสมองชั้นบน (Top-down regulation) ให้มีความมุ่งมั่นอดทน จนถึงวันที่การไม่ได้เสพยาไม่ได้ทำให้เขารู้สึกทรมานอีกต่อไป

5. กลุ่มสิ้นสุด (Termination) เป็นกลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่สามารถเลิกเสพได้ในระยะเวลาเกิน 12 เดือน⁽¹⁵⁾ ซึ่งในทางทฤษฎี ถือว่าเลิกเสพได้แล้ว อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าบุคคลกลุ่มนี้ก็ยังมีความเสี่ยงกลับมาเสพสารเสพติดได้อีก หากยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดให้เหมาะสม สิ่งที่ยาบาลควรต้องคำนึงถึงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือผู้ติดสารเสพติดควรสร้างนิสัยใหม่การเผชิญความเครียด เพื่อมาทดแทนพฤติกรรมกรรมการเผชิญความเครียดเดิมที่นำไปสู่การพึ่งพาสารเสพติด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวงจรสมอง (Neuroplasticity) หากพฤติกรรมใหม่นี้สามารถทำให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถเผชิญปัญหาได้ด้วยดี ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นใจ และภาคภูมิใจในตนเองที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาสารเสพติดเสมอไป เกิดการเรียนรู้และทำพฤติกรรมใหม่นี้บ่อยขึ้น⁽¹⁶⁾ นั่นคือ วงจรสมองใหม่นี้เริ่มมีความเข้มแข็งกว่าวงจรสมองเดิมที่ใช้สารเสพติดที่ละน้อย จนกลายเป็นวงจรสมองหลักที่เหนียวให้ผู้ป่วยเลิกเสพได้อย่างยั่งยืนในที่สุด⁽¹⁷⁾

เอกสารอ้างอิง

1. Bowen, S. et al. **Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide.** The Guilford Press . New York, 2011.
2. Gardner, E.L. "Addiction and brain reward and antireward pathways". **Chronic Pain and Addiction.** 30 : 2011 , 22-60.
3. Stahl, S.M. **Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications.** university press Cambridge, 2013.
4. Everitt, B.J., & Robbins, T.W. "From the ventral to the dorsal striatum: devolving views of their roles in drug addiction". **Neuroscience & Biobehavioral Reviews.** 37(9) : 2013 , 1946-1954.

5. Everitt, B.J. et.al. "Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction". **Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences.** 363(1507): 2008 , 3125-3135.
6. Everitt, B. J. "Neural and psychological mechanisms underlying compulsive drug seeking habits and drug memories—indications for novel treatments of addiction". **European Journal of Neuroscience.** 40(1): 2014 , 2163-2182.
7. Koob, G.F., et al. "Neurobiological mechanisms in the transition from drug use to drug dependence". **Neuroscience and Bio behavioral Reviews.** 27 : 2004 , 739–749.
8. Chung, T., et al. "Brain mechanisms of change in addiction treatment: models, methods, and emerging findings". **Current addiction reports.** 3(3) : 2016 , 332-342.
9. ชนกฤทัย ชื่นอารมณฺ์. สุขภาพจิตกับการเจริญสติ : มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 40(1) : 2560 , 153-163.
10. Reebye, P. "The Mindful Brain: Reflection And Attunement In The Cultivation Of Well-Being". **Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.** 17(3) : 2008 , 166.
11. Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. & Walker, D. "Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders". **Journal of Cognitive Psychotherapy.** 19(3) : 2005 , 211–228.
12. Garland, E. L., et al. "Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface". **Frontiers in psychiatry.** 4 : 2013 , 1–16.
13. Witkiewitz, K., Lustyk, M. K. B., & Bowen, S. "Retraining the addicted brain: A review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention". **Psychology of Addictive Behaviors.** 27(2) : 2013 , 351.
14. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. "In search of how people change: applications to addictive behaviors". **American psychologist.** 47(9) : 1992 , 1102.
15. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) URL <http://antidrug.moph.go.th/beta2/webhelp/scr/sub4.htm> สืบค้นเมื่อ (23/08/2561).
16. O'Brien, C. P. "Neuroplasticity in addictive disorders". **Dialogues in clinical neuroscience.** 11(3) : 2009 , 350.
17. Stephen G. **Mini Habits. Smaller Habits, Bigger Results.** English edition: Pocket Books. Create Space Independent Publishing Platform. 2013.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ของผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไฮ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

**The Effect of Stress Management by Empowerment Theory with Social Support of the Elder in
Lhouhai Subdistrict, KhamkhueanKaeo District, Yasothon Province**

สุภาพร บุญเชื้อ¹, เเด่นดวงดี ศรีสุระ², จำลอง วงษ์ประเสริฐ³

Supaporn Boonchue¹, Denduangdee Srisura², Jumlong Wongprasert³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไฮ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST-20) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเครียด การปฏิบัติในการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความเครียด และผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : โปรแกรมการจัดการความเครียด, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้สูงอายุ, การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง, หัวเราะบำบัด, การเยี่ยมบ้าน IN-HOME-SSS

Abstract

The purpose of this research was to study the effect of stress management by empowerment with social support of the elder in Lhouhai Subdistrict, KhamkhueanKaeo District, Yasothon Province. The quasi Experimental Research was used with group comparison by before and after the test. The samples were 72 people with 60 years old and over being middle level stress by Suanprung Stress Test (SPST – 20); intervention by dividing two group, 36 people for controlling and another for experiment. The information was collected by using the interview. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values. Compare Average Score Difference Paired Sample t-test and independent t-test were statistically analyzed at .05 significance level.

The research found that: the experimental group has average and difference score of the knowledge on stress management; self-efficacy on stress management practice higher than before the test and more than the controlling group significantly (p-value < .001) In addition, the stress score of the experiment group was significantly less than the scores before experimental and less than control group significantly (p-value < .001). The result shows that this program can be taken as a guide to care for the elderly.

Keyword: Stress Management Program, Empowerment Theory, Social Support, Elder, Massage, Laugh Therapy, Home Visiting (INHOMESSS)

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทนำ

ความเครียดเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในสังคมยุคปัจจุบัน สามารถเกิดกับบุคคลได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น สุขภาพ ความเจ็บป่วยสภาวะเศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย และการปฏิบัติงาน รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าปัญหาความเครียดมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่า ปัญหาทางจิตและติดยาเสพติดให้โทษ เป็นสาเหตุของการสูญเสียด้านสุขภาพจากร้อยละ 12.3 ในปีค.ศ.2000 จะเพิ่มเป็น ร้อยละ 16.4 ในปี ค.ศ.2020 และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลด้วยอาการป่วยทางกายจะมีผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 4 คน ที่มีอาการป่วยทางจิตร่วมด้วย ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตของคนทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นสาเหตุการป่วย อันดับ 2 ของประชากรโลกรองจากโรคหลอดเลือดและหัวใจ⁽¹⁾

ข้อมูลสถิติของกรมสุขภาพจิต เรื่องผู้มาเข้ารับบริการผู้ป่วยของภาครัฐในโรงพยาบาลจิตเวชประกอบด้วยโรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน โรคลมชักผู้ติดยาเสพติด และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ จำนวน 212,795 รายคิดเป็นอัตรา 3,742.27 ต่อประชากรแสนคนซึ่งผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวน 9.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.7 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) หมายความว่า ประเทศไทยจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) จังหวัดยโสธร มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 30,995 คน คิดเป็นร้อยละ 10.98 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร 2559 : 31)จากรายงานผู้ที่มารับบริการเกี่ยวกับจิตเวชจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2559 พบว่ามีผู้รับบริการทั้งหมด จำนวน 2,198 ราย แยกเป็นโรคจิตเภท 368 ราย (อัตรา 16,742.49 ต่อประชากรแสนคน) โรควิตกกังวล 288 ราย (อัตรา 13,102.82ต่อประชากรแสนคน) โรคซึมเศร้า 109 ราย (อัตรา 4,959.05 ต่อประชากรแสนคน) พยายามฆ่าตัวตาย 10 ราย (อัตรา 454.96 ต่อประชากรแสนคน) ความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรม 2 ราย (อัตรา 90.99 ต่อประชากรแสนคน) และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ 971 ราย (อัตรา 44,176.52 ต่อประชากรแสนคน)

⁽²⁾ ในส่วนของอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร มีประชากรทั้งหมด 18,409 คน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 2,227 คน คิดเป็นร้อยละ 12.09 ของจำนวนประชากรทั้งหมด⁽³⁾ ซึ่งจากรายงาน

พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 37.84 จากจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งหมด 333 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร และข้อมูลผู้สูงอายุตำบลเหล่าไฮ มีทั้งหมด 3,237 คน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 394 คนคิดเป็นร้อยละ 12.17 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จากรายงานการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 13 คนคิดเป็นร้อยละ 3.29 ข้อเข่าเสื่อม จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 33.50 และภาวะโภชนาการผิดปกติ จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28.43⁽⁴⁾

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบแนวโน้มปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของจังหวัดยโสธร มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮ อำเภอคำเขื่อนแก้วจังหวัดยโสธร พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮ ทั้งหมด จำนวน 6 หมู่บ้านมีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท จำนวน 9 คน โรคซึมเศร้า จำนวน 13 คน โรควิตกกังวล จำนวน 22 คน และโรคปัญญาอ่อน จำนวน 3 คน⁽⁴⁾ ดังนั้นการจัดการกับปัญหาความเครียด ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้วิจัยจึงศึกษาการจัดการปัญหาความเครียดของผู้สูงอายุ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไฮ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ซึ่งมีความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2559 - 2564) ประเด็นวิจัยด้านสังคมผู้สูงอายุ นวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย การพึ่งตนเองได้ของผู้สูงอายุและเพื่อสนองนโยบายการทำงานของรัฐมนตรีนโยบายการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โภคด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบ เป็นการอภิบาลแบบเครือข่ายเอื้ออำนวยระบบสุขภาพแห่งชาติเชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติตัวในการจัดการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ความเครียด และระดับความเครียดของผู้สูงอายุก่อน และหลัง การทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง การปฏิบัติตัวในการจัดการ ความเครียด และระดับความเครียดของผู้สูงอายุก่อน และหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) โดยการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ วิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบล เหล่าไส อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม จำนวน 394 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่ เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่าง 26 คน กำหนดปรับเพิ่ม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ว่าจะสูญหายร้อยละ 15⁽⁵⁾ ได้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 36 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะ เครียดในระดับปานกลางขึ้นไป โดยใช้แบบประเมินความเครียด สนวนปรุง SPST-20 คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดในลักษณะ ประชากร โดยการนำรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่ กำหนดมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุเข้าเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลักได้แก่

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ ความเครียด และการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการจัดการความเครียด

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการปฏิบัติตัวในการจัดการ ความเครียด

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการคลายเครียดด้วยการหัวเราะ บำบัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและเทคนิคการ คลายเครียดโดยการนวดของ สำนักส่งเสริม และพัฒนา สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมดังนี้

2.1 คู่มือการคลายเครียดของกรมสุขภาพจิตกระทรวง สาธารณสุข

2.2 แผนการจัดกิจกรรมการคลายเครียด

2.3 วิธีทัศนการหัวเราะบำบัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2.4 แผ่นพับเทคนิคการคลายเครียดโดยการนวด ของ สำนักส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

2.5 แบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการความเครียด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบ สัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด โดยมีทั้งหมด 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดสวนปรุง โดยใช้แบบ วัดความเครียดสวนปรุง (SPST - 20) ที่พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตถนิ รันตร์กุล และคณะ (2540)⁽⁶⁾ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับความเครียด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถ ตนเองในการจัดการความเครียดจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการจัดการ ความเครียดจำนวน 13 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพด้าน ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้คณะกรรมการที่ ประึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ความถูกต้องและประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (IOC : Item Objective Congruence Index) หรือค่า IOC ค่าที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.50-1.00 ทำการทดสอบคุณภาพ เครื่องมือ (Try out) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลกุดกง อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของเครื่องมือทั้งด้านภาษา และการสื่อความหมาย ให้เข้าใจตรงกันแล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมเมื่อนำมาใช้จริงและนำเครื่องมือมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับความเครียดความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.8972) แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียดความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.878 และ 3)แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.854

วิธีดำเนินการศึกษา

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไฮ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

สัปดาห์ที่ 1 การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับความเครียด โดยการบรรยายประกอบสื่อความรู้เกี่ยวกับความเครียด การค้นพบความจริง วิเคราะห์พฤติกรรมของตนเอง (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในประเด็นความเครียดอย่างเป็นเหตุเป็นผล (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเครียด เพิ่มความสามารถในตนเอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมจนเป็นวิถีชีวิต(Life Style) (ระยะเวลา 2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียด จนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life) (ระยะนี้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

สัปดาห์ที่ 5-11 กระตุ้นเตือนผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดการความเครียดโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมผู้วิจัย และทีมเยี่ยมบ้านหมอครอบครัว (Family Care Team) เป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุก กระตุ้นเตือนเรื่องการจัดการความเครียด การเยี่ยมบ้านรายบุคคล ฝึกทักษะคลายเครียด ติดตามทางโทรศัพท์ และกระตุ้นเตือนการลงข้อมูลสมุดประจำตัวของผู้สูงอายุให้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 12สรุป และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกสุขภาพประจำตัวของผู้สูงอายุ และใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมเพื่อประเมินความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง ประเมินความรู้เกี่ยวกับความเครียด การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเครียด การปฏิบัติตนในการจัดการความเครียด หลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์แจ้งจำนวนครั้งที่จะพบกลุ่มควบคุม แจ้งระยะเวลา สถานที่และรายละเอียดต่างๆ ให้ผู้สูงอายุทราบเพื่อการเก็บข้อมูลในงานวิจัย

รายละเอียดดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ประเมินความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุงและตอบแบบสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยดำเนินการประเมินความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุงทดสอบหลังทดลอง ด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST-20) ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียด เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยใช้สถิติ Independent Sample t-test และ Dependent Sample t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 60-64 ปี เท่ากันทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 1,000

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

บาท/เดือน และมีรายจ่ายต่อเดือนไม่เกิน 1,000 บาท/เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมรายได้ต่อเดือน 1,001 – 2,000 บาท/เดือน และมีรายจ่ายต่อเดือน 0 – 1,000 บาท/เดือน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ รายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน

ครอบครัวประมาณ 3-4 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาคลายเครียด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) ความรู้เกี่ยวกับความเครียดการรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	หลังการทดลอง	n	\bar{x}	S.D.	Mean Difference	t	p-value
ประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20)	กลุ่มทดลอง	36	37.19	3.44	4.81	5.04	<.001*
	กลุ่มควบคุม	36	42.00	4.57			
ความรู้เกี่ยวกับความเครียด	กลุ่มทดลอง	36	11.06	0.86	2.17	9.37	<.001*
	กลุ่มควบคุม	36	8.89	1.09			
การรับรู้ความสามารถตนเอง	กลุ่มทดลอง	36	48.50	5.12	6.14	5.74	<.001*
	กลุ่มควบคุม	36	42.36	3.86			
การปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียด	กลุ่มทดลอง	36	50.44	4.90	5.11	4.60	<.001*
	กลุ่มควบคุม	36	45.33	4.52			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) ความรู้เกี่ยวกับความเครียดการรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	n	\bar{x}	S.D.	Mean Difference	t	p-value
ประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20)	ก่อนการทดลอง	36	43.25	3.68	6.06	15.76	<.001
	หลังการทดลอง	36	37.19	3.44			
ความรู้เกี่ยวกับความเครียด	ก่อนการทดลอง	36	8.92	1.12	2.14	-12.27	<.001
	หลังการทดลอง	36	11.06	0.86			
การรับรู้ความสามารถตนเอง	ก่อนการทดลอง	36	41.92	5.62	6.58	-7.59	<.001
	หลังการทดลอง	36	48.50	5.12			
การปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียด	ก่อนการทดลอง	36	45.06	4.36	0.27	-0.75	.459
	หลังการทดลอง	36	45.33	4.52			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเครียดพบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 69.44 และ 61.11 ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความเครียด

ระดับสูงลดลง คิดเป็นร้อยละ 16.67 และ 52.78 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยแบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความเครียด พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.33 และ 72.22 ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดระดับสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.44 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความเครียดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียด พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียดระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.22 และ 75.00 ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดระดับสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 77.78 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียด พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียด

ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.11 และ 100.00ตามลำดับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดระดับสูงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 72.22 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในกลุ่มทดลองเพิ่มมากกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้วิธีทางสุขศึกษา กระบวนการกลุ่มส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁽⁷⁾ กล่าวว่าการบวนการทางสังคม ที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล ในการแก้ปัญหาด้วยตนเองสามารถใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองได้ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญนภา ภมร⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้ว่างงานตำบลคอนหัน อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา สิงห์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สถิติ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมคลายเครียด โดยการใช้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการรำเช็งในกลุ่มวัยทอง ตำบลเสี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาที่ได้ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องความเครียดและการจัดการความเครียด โดยที่ผู้วิจัยประยุกต์จากทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เน้นที่การเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ระยะ คือ การวิเคราะห์ตนเอง การค้นพบความจริง หรือการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความเครียด การสะท้อนความคิด การวิเคราะห์ห้วงใจในการจัดการความเครียดอย่างเป็นเหตุเป็นผล การตัดสินใจเลือกทางออกในการจัดการความเครียด หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมจนเป็นวิถีชีวิต (Life Style) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life) ในการจัดการความเครียด ซึ่งได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์จากบุคคลอื่น จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ และมีการรับรู้ในความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภาภมร ที่พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งภา สิ่งสถิต พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการปฏิบัติในการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาที่ได้ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรง

สนับสนุนทางสังคม มีการวิเคราะห์ตนเอง การค้นพบความจริง หรือการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความเครียด การสะท้อนความคิด การวิเคราะห์ห้วงใจในการจัดการความเครียดอย่างเป็นเหตุเป็นผล การตัดสินใจเลือกทางออกในการจัดการความเครียด หรือวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมจนเป็นวิถีชีวิต (Life Style) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life) ในการจัดการความเครียด และมีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการความเครียด โดยการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นการบริการสาธารณสุขเชิงรุก การกระตุ้นฝึกทักษะคลายเครียด การนวดผ่อนคลายความเครียด และการหัวเราะบำบัด การให้กำลังใจ และมอบสิ่งของเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในด้านการปฏิบัติในการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภาภมร⁽⁸⁾ ที่พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งภา สิ่งสถิต พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัว สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาที่ได้ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการวิเคราะห์ตนเอง การสะท้อนความคิด การวิเคราะห์ห้วงใจในการจัดการความเครียดอย่างเป็นเหตุเป็นผล การตัดสินใจเลือกทางออกในการจัดการความเครียด แล้วคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจนเป็นวิถีชีวิต (Way of Life) ในการจัดการความเครียด และมีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการจัดการความเครียด โดยการติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคลทำให้ทราบสภาพทั่วไป ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้าง เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เป็นต้น ซึ่งเป็นการบริการสาธารณสุขเชิงรุก การกระตุ้นฝึกทักษะคลายเครียด ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้มากขึ้นเกิดความมั่นใจใน

ตนเองในการจัดการกับความเครียด จึงทำให้มีความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภาภรณ์ ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชา ระดาฉาย⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอหนองงูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลอง ทั้งสามระยะพบว่า ระยะติดตามประเมินผลมีระดับความเครียดลดลงกว่าระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันในระยะติดตามผล และสอดคล้องกับการศึกษาของกุหลาบ พรหมศิริราช⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนครพบว่าผู้ป่วยทั้ง 10 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงทุกคน โดยลดลงมากในระยะหลังบำบัดทันทีซึ่งสอดคล้องกับระดับคะแนนการมีสติที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการปรับลดยาในระยะหลังบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดาพรหมทองดี⁽¹²⁾ ได้ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ เพื่อลดความเครียด ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักเรียนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่านักเรียนกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของกษมา มั่นประสงค์⁽¹³⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของ Ozbas AA and other (2015 : Abstract) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจทางด้านจิตวิทยาเพิ่มขีดความสามารถบนพื้นฐานของจิตบำบัด ในการเสริมสร้างศักยภาพการรับรู้และระดับความเครียดในหอผู้ป่วยเนื้องอกจิตวิทยาเพิ่มขีด

ความสามารถในการพยาบาลด้านเนื้องอกวิทยาในประเทศตุรกี พบว่า การศึกษาข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวมโดยใช้จิตวิทยาเพิ่มขีดความสามารถของพยาบาล กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมจิตวิทยาเพิ่มขีดความสามารถ 2 ชั่วโมง 1 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลา 10 สัปดาห์ จิตวิทยาการเสริมสร้างศักยภาพและสถานที่ทำงานเพิ่มขีดความสามารถคะแนนของพยาบาลในกลุ่มการศึกษาเพิ่มขึ้น และคะแนนความเครียดลดลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไธ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
2. ควรมีการนำผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไธ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร เพื่อการวางแผนการจัดการด้านสุขภาพของคนในชุมชนต่อไป
3. ควรมีการนำผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าไธ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ไปปรับปรุงเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม หรือการดูแลส่งเสริมป้องกัน และหาแนวทางในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุในตำบลเหล่าไธ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร และสามารถนำไปฝึกทักษะให้กับประชาชนกลุ่มอื่นๆในชุมชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มอายุอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น
2. ควรศึกษาแนวทางหรือวิธีการจัดการความเครียดอื่นๆที่เหมาะสมกับบริบทของคนในชุมชน
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ในจังหวัดอื่นๆ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

4. ควรมีงานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ แบบเจาะลึก เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างไม่เป็นทางการ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณประธานกรรมการที่ปรึกษา กรรมการที่ปรึกษา ที่ให้ความกรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไข

ข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคำเขื่อนแก้ว และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัด ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1 World Health Organization. Global Burden of Disease (GBD). (online) 2015 (cited 8 January 2016). http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2015.
- 2 สุขภาพจิต, กรม. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต (รายงานผู้ช่วยรับบริการด้านจิตเวช ปีงบประมาณ 2558). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : หจก. งานพิมพ์, 2558.
- 3 สาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร, สำนักงาน. กลุ่มงานผู้สูงอายุและพิการ เอกสารสรุปผลงานรอบที่ 1 ต.ค – มี.ค 2559 : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำเขื่อนแก้ว. (เอกสารอัดสำเนา), 2559.
- 4 ส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮ, โรงพยาบาล. เอกสารสรุปผลงานรอบที่ 1 ต.ค – มี.ค 2559 : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าไฮ.(เอกสารอัดสำเนา), 2559.
- 5 อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2546.
- 6 สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ. วารสารสวนปรุง (การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง). ปีที่ 13. หน้า 1 – 20, 2540.
7. Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 : 354 - 361.
8. เพ็ญภา ภมร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ว่างงาน ตำบลคอนหัน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.
9. รุ่งนภา สิงห์สถิต. ประสิทธิภาพของโปรแกรมคลายเครียดโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการรำเช็ง ในกลุ่มวัยทอง ตำบลเสี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
10. วิทยา ระดาชาย. โปรแกรมการจัดการความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา, 2555.
11. กุหลาบ พรหมศิริราช. การใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงจิตสำนึกเพื่อคลายเครียดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.
12. ชนิตา พรหมทองดี. ผลของการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์เพื่อลดความเครียด ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.
13. กษมา มั่นประสงค์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2556.

การเจริญสติเพื่อลดความเครียด: มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา

Mindfulness Stress Reduction: Brain and Neuroscience Perspective

รานนท์ หาญมณตรี¹, ชนกรุทัย ชื่นอารมณี²

Ranon Hanmontri¹, Chanokruthai Chuenarom²

บทคัดย่อ

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่มีประโยชน์ในการปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางสมองและระบบประสาท นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากความเครียดคงอยู่นานก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและเกิดโรคทางกายได้ ด้วยเหตุนี้ความเครียดจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ บทความนี้นำเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่อธิบายกลไกประสาทวิทยาของสมองอันเกิดจากภาวะเครียด โดยเฉพาะวงจรสมองด้านการเตือนภัยและสมองส่วนคิด หากวงจรสมองทุกส่วนมีการทำหน้าที่อย่างเชื่อมโยง บุคคลก็จะสามารถปรับตัวได้และเกิดการเรียนรู้ แต่หากสมองในส่วนอารมณ์และส่วนคิดเกิดการขัดแย้งกันเอง สมองที่ขาดการเชื่อมโยงจะนำไปสู่ภาวะสมองล้าและความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ มีหลักฐานวิชาการที่สนับสนุนว่าการบำบัดโดยใช้การเจริญสติสามารถสร้างความเชื่อมโยงสอดคล้องในสมองได้ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้นักลจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเจริญสติ, ความเครียด, สมอง, ประสาทวิทยา

Abstract

Stress is one of human natural reaction that is beneficial for adaptation and survival. When individuals are under stressed, brain and neurological reaction are taken placed leading to changes in physiological and mental status. Prolong stress can leads to physical and mental disorder. Stress, therefore, is a major health problem. This is article presents the literature review explaining brain and neuroscience mechanisms relating to stress, especially the brain alarming circuits and cognitive circuits. If every part of the brain actively functions, individuals will be able to learn and can be adaptive to stress. But if emotional and cognitive parts of the brain are in dispute, the unconnected brain circuits can lead to brain fatigue and physical and mental health problems. There is evidence supporting that mindfulness intervention helps integrates brain circuit, therefore, can be the one of the strategies to help individuals deal with stress effectively.

Keywords: Mindfulness, Stress, Brain, Neuroscience

¹ นักศึกษาหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นที่อยู่คู่กับการดำรงชีวิตของมนุษย์ หากไม่มีความเครียด บุคคลจะขาดแรงผลักดันที่จะก้าวข้ามข้อจำกัดของตนเรียนรู้การปรับตัวเพื่อเอาตัวให้รอดและมีวิถีภาวะที่สูงขึ้นได้ความเครียดจึงมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสมองและจิตใจ ดังผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ใช้ชีวิตราบเรียบ ปลอดภัย ถูกกระตุ้นจากความเครียดน้อยเกินไป จะมีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนทั่วไป ในทางตรงข้าม ความเครียดที่รุนแรงและเนิ่นนานเกินไป ก็อาจแปรเปลี่ยนเป็นปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ ทั้งความโกรธที่มุ่งหาเป้าหมายเพื่อจู่โจมระบายความแค้นหรือใช้สารเสพติดเพื่อหลีกหนีจากความทุกข์ใจและหากตกอยู่ในสถานการณ์ที่แม้จะโกรธแค้นหรือหลีกหนีอย่างไร ก็ไม่สามารถทำให้ปัญหาต่าง ๆ ดีขึ้นได้จิตใจที่ต่อสู้กับความทุกข์จนเหนื่อยล้าก็อาจนำไปสู่ความเศร้า ขาดแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาอีกต่อไป⁽¹⁾ ดังนั้นความเครียดจึงเปรียบเสมือนสถานการณ์ด้านหน้า ที่หากจัดการได้นอกจากจะนำมาซึ่งวิถีภาวะความมั่นใจและความภาคภูมิใจมาสู่ตนเองแล้ว ยังจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมากมายอีกด้วย

สมองที่เป็นต้นกำเนิดของอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมนั้นรับมือกับความเครียดอย่างไร นักวิชาการทางสมองและประสาทวิทยาได้ตอบคำถามนี้ในแง่ของวิวัฒนาการว่าสมองมีลักษณะของการเจริญเติบโตทางด้านล่างขึ้นบน ข้างในออกมาข้างนอก และจากด้านหลังมาหน้า⁽²⁾ ทำให้สมองด้านล่างโดยเฉพาะข้างในซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับร่างกายและอารมณ์มีการทำงานที่รวดเร็วกว่าสมองด้านบน โดยเฉพาะส่วนเปลือกสมองด้านหน้า (Prefrontal cortex) ที่เป็นสมองส่วนคิดนอกจากนี้ในอดีตที่ผ่านมาอันตรายในชีวิตประจำวันของมนุษย์มีลักษณะไม่ซับซ้อนและไม่ยืดเยื้อเช่น หนีสัตว์ป่าหรือรับมือกับภัยธรรมชาติ ทำให้สมองส่วนอารมณ์ของมนุษย์คุ้นเคยกับความเครียดในระยะเวลานั้นๆ การต้องรับมือกับความเครียดเรื้อรังของผู้คนที่อาศัยอยู่ในบริบทของสังคมเมืองในปัจจุบันจึงทำให้สมอง

ที่ถูกออกแบบมาให้ทนความเครียดได้เพียงระยะสั้นนั้นเกิดความเสียหาย การทำหน้าที่ของสมองทั้งหมดเสียสมดุล เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมที่อธิบายความเครียดและการบำบัดด้วยการเจริญสติจากมุมมองของสมองและประสาทวิทยาทางจิต โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นสามส่วนส่วนแรกเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับสมองและประสาทวิทยาทางจิตเกี่ยวกับความเครียด ส่วนที่สองเป็นการนำเสนอแนวทางการบำบัดโดยการเจริญสติเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเผชิญความเครียดนำสู่การสรุปเป็นข้อเสนอแนะในส่วนที่สามสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

โครงสร้างของสมอง: สมองสามชั้น (The Triune brain) ทฤษฎีสมองสามชั้น (Triune Brain)^(3,4) อธิบายว่าสมองชั้นล่างเป็นสมองรุ่นเก่าที่สุดในสายวิวัฒนาการ เทียบได้กับสมองสัตว์เลื้อยคลาน มีอาร์ คอมเพล็กซ์ (Reptilian Complex) ที่รับผิดชอบพฤติกรรมตามสัญชาตญาณและรักษาสมดุลร่างกายด้วยระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น การเต้นของหัวใจ การหายใจ การขับถ่าย วงจรการตื่นหลับ โดยจะทำงานอยู่ในระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious) จึงอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลน้อยที่สุด ส่วนสมองชั้นกลางนั้นเทียบได้กับสมองสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม มีระบบลิมบิก (Limbic System) รับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์และสร้างความทรงจำ ทำงานอยู่ในระดับจิตใต้สำนึก (Subconscious) จึงอยู่ภายใต้การควบคุมได้หากตั้งใจ และสุดท้ายคือชั้นสมองบน ซึ่งเทียบได้กับสมองมนุษย์ มีเปลือกสมอง (Cerebral Cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสติรู้ตัว การสื่อสาร ภาษา การคิด และตัดสินใจ ทำงานอยู่ในระดับจิตสำนึก (Conscious) จึงเป็นส่วนที่บุคคลสามารถควบคุมได้มากที่สุด

ในด้านการทำหน้าที่ของสมองทั้งสามส่วนนั้น สมองชั้นล่างจะเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมดุลพลังงานร่างกาย มี Hypothalamus เป็นศูนย์กลางควบคุมระบบต่อมไร้ท่อ มีบทบาทสำคัญในการดูแลระบบเผาผลาญพลังงาน ระบบหายใจ การเต้นของหัวใจ อุณหภูมิในร่างกาย วงจรการตื่นหลับ และแรงขับทางเพศ เมื่อระบบเหล่านี้ไม่อยู่ในภาวะสมดุล บุคคลจะรับรู้ได้ถึงแรงกระตุ้นจากร่างกาย เช่น หิว ง่วง หรือร้อน และมีพฤติกรรมตอบสนองแรงกระตุ้นเหล่านี้ เช่น อาบน้ำ หาอาหารรับประทาน นอนหลับพักผ่อน เพื่อให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้ง นั่นคือ ร่างกายที่ถูกกระตุ้น (Aroused Body) สามารถส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมได้การทำงานของสมองส่วนล่างนี้เห็นได้ชัดในสัตว์เลื้อยคลาน (Reptilians) ที่สมองส่วนกลางและส่วนบนเจริญเติบโตน้อยทำให้มีพฤติกรรมตามการกระตุ้นเร้าของร่างกายโดยตรงโดยปราศจากอิทธิพลของอารมณ์และความคิด ที่เราเรียกว่าพฤติกรรมสืบยีนส์ เช่น ถ้าหิวก็จะออกล่า ถ้าเครียดก็จะก้าวร้าว เมื่อรู้สึกถึงแรงกระตุ้นทางเพศก็จะออกหาคู่เพื่อสืบพันธุ์ตามฤดูกาล ตามหลักการนี้ สัตว์เลื้อยคลานที่ไม่ทำร้ายผู้เลี้ยงจึงเป็นเพราะยังไม่หิวและไม่เครียด หรือมีความคุ้นเคย แต่ไม่ใช่เพราะมีความรักผูกพันกับผู้เลี้ยง ซึ่งจะแตกต่างจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม (Pleo-Mammalians) ซึ่งเป็นสัตว์สังคม ที่สามารถสื่อสารทางอารมณ์ได้เพราะมีระบบลิมบิก (Limbic System) ในสมองส่วนกลาง⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม อารมณ์ที่เป็นผลผลิตของสมองส่วนดึกดำบรรพ์นี้จะมีลักษณะแบบดิบๆ (Primitive Emotion) โดยโครงสร้างสมองที่มีบทบาทสำคัญในระบบนี้ก็คือ Amygdala ที่คอยประเมินและตัดสินใจระดับความปลอดภัยในสถานการณ์จากพื้นฐานความทรงจำและประสบการณ์ในอดีต หาก Amygdala รับรู้ถึงอันตรายก็จะส่งสัญญาณเตือนภัยทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย จึงหยุดพฤติกรรมร่วมสัมพันธ์ในสังคม (Social Engaging Mode) และเริ่มพฤติกรรมปกป้องตนเองเพื่อการอยู่รอด (Survival Mode) แทน อีกโครงสร้างหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบนี้คือ ปมประสาทฐานหรือ Basal Ganglia ที่คอยหาสิ่ง

กระตุ้นความสนใจ หาก Basal Ganglia รู้สึกถึงโอกาสอันดีในชีวิต บุคคลจะรู้สึกอยากติดตามไขว่คว้า พฤติกรรมของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมจึงเป็นผลมาจากทั้งการรับรู้ความรู้สึกภายในร่างกายตนเองและการรับรู้สัญญาณอันตรายหรือโอกาสอันดีในชีวิตจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวในขณะนั้น^(3,4)

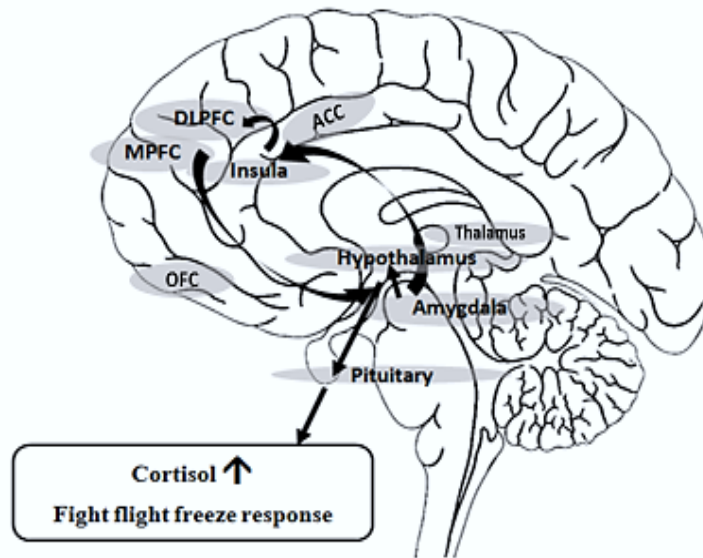
ในกรณีของมนุษย์ที่เป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมรุ่นใหม่ (Neo-Mammalians) นั้น เรามีสมองส่วนบนหรือ สมองส่วนคิด (Neocortex) ที่ผสานข้อมูลของอารมณ์ความรู้สึก และสัญชาตญาณภายในที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีตกับการรับรู้สิ่งแวดล้อมภายนอกจากประสาทสัมผัสต่างๆของร่างกาย แล้วนำมาแปลผล ประมวลผลเชื่อมโยง ให้คุณค่าวิเคราะห์หาทางเลือกแสดงพฤติกรรม และตั้งเป้าหมายวางแผนทำนายผลที่จะเกิดขึ้นจากทางเลือกแต่ละแบบแล้วตัดสินใจปฏิบัติ การทำงานของสมองส่วนบนช่วยให้บุคคลสังเกตและรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองได้ จึงสามารถยังคิด ปรับแต่งอารมณ์และเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ไม่ทำตามแรงกระตุ้นเร้าจากร่างกายและอารมณ์ดิบโดยอัตโนมัติ ทั้งนี้ เนื่องจากสมองส่วนล่างและส่วนกลางเป็นสมองที่มีวิวัฒนาการร่วมกันมาเป็นเวลานาน จึงมีการเชื่อมต่อของระบบประสาทที่เหนียวแน่นติดต่อถึงกันได้รวดเร็ว เห็นได้จากเมื่อเราเกิดอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งขึ้นมา ระบบลิมบิกจะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงตามอารมณ์นั้นไปด้วย สมองส่วนล่างและส่วนกลางจึงมักเรียกรวมกันว่าสมองส่วนอารมณ์ (Emotional Brain) เป็นส่วนที่บุคคลใช้ประโยชน์จากสัญชาตญาณที่ตอบสนองอย่างรวดเร็วแบบอัตโนมัติ ใช้พลังงานสมองน้อย ในขณะที่สมองส่วนบนจะถูกเรียกว่าสมองส่วนคิด (Thinking Brain) เป็นสมองที่เกิดขึ้นใหม่ในวิวัฒนาการ การติดต่อกับสมองส่วนล่างลงมาจึงเชื่องช้ากว่า และต้องอาศัยความตั้งใจจึงใช้พลังงานสมองมากกว่า สมองส่วนบนทำงานโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ คอยยับยั้งและควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น นักวิชาการจึงมักเปรียบเทียบสมองล่างที่ผลิตอารมณ์และควบคุมพลังงานร่างกายว่าเป็นเสมือนคันเร่ง

ในขณะที่ส่วนบนที่เป็นส่วนคิดเปรียบเสมือนเบรก อย่างไรก็ตาม คันเร่งและเบรกล้วนมีความจำเป็นต่อการขับเคลื่อนของยานพาหนะให้ไปถึงจุดหมายที่ต้องการขับเคลื่อน สมองทั้งส่วนอารมณ์และส่วนคิดก็ล้วนมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคลคนนั้น⁽⁶⁾ และสิ่งที่จะสามารถช่วยให้สมองทั้งส่วนคันเร่งและเบรกทำงานร่วมกันได้อย่างเหมาะสมก็คือ การมีสติระลึกรู้ตนเอง⁽⁷⁾

ความเชื่อมโยงของสมอง: จากวงจรเตือนภัยสู่ วงจรรู้คิด โดยทั่วไปแล้วสมองจะเริ่มทำงานเมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งเร้า ระบบ Reticular Activating System (RAS) ซึ่งทำหน้าที่คล้ายสวิทช์เปิดปิดที่ก้านสมองจะหลั่ง Norepinephrine เพื่อให้สมองตื่นตัวรับรู้สิ่งเร้าผ่านอวัยวะตา หู จมูก ลิ้น ผิวสัมผัส จากนั้นข้อมูลที่ได้จะส่งไปยังเปลือกสมองส่วนต่าง ๆ ตามพื้นที่รับผิดชอบแปลผล เช่น ข้อมูลจากการมองเห็นจะถูกส่งไปยังศูนย์ Primary Visual Cortex ที่เปลือกสมองกลีบท้ายทอย ข้อมูลเสียง รสชาติ และกายสัมผัสก็ถูกส่งไปยัง Primary Somatosensory Area ที่เปลือกสมองกลีบข้าง ก่อนกระจายสัญญาณต่อไปให้ Thalamus รวบรวมข้อมูลให้เป็นเรื่องราวและคัดกรองกระแสข้อมูลให้มีความพอดี แล้วส่งข้อมูลต่อไปยัง Limbic System เพื่อให้ Hippocampus เปรียบเทียบข้อมูลใหม่กับข้อมูลจากประสบการณ์เดิม และ Amygdala ประเมินความปลอดภัยของสิ่งเร้า หากพบว่ามีอันตราย Amygdala จะกระตุ้น Hypothalamus ให้ส่งสัญญาณไปที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้า และต่อมหมวกไต (Hypothalamus Pituitary Adrenal axis; HPA axis) ให้หลั่งฮอร์โมน Cortisol และ Adrenalin ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายตื่นตัว เตรียม

สลายพลังงานไว้ใช้สู้หรือหนีทั้งนี้ Adrenaline ที่พุ่งสูงขึ้นจะส่งผลให้ภาพ เสียง สัมผัสขณะประสบเหตุการณ์ถูกบันทึกใน Amygdala กลายเป็นความจำแฝงเชิงอารมณ์ แต่ถ้าประเมินแล้วพบว่าไม่มีอันตราย ร่างกายจะสงบผ่อนคลาย ก้านสมองหลั่ง Serotonin ให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงาน ร่างกายจึงมีความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้งการตื่นเร้าที่พอเหมาะจากระบบซิมพาเทติกและสงบผ่อนคลายจากพาราซิมพาเทติก⁽⁸⁾

บุคคลจะรักษาสุขภาพจิตของตนให้ดีขึ้น ต้องสามารถใช้ประโยชน์จากการรับรู้อารมณ์ตามสัญชาตญาณ การเอาตัวรอดร่วมกับการเรียนรู้และคิดตามตรรกะเหตุผล ความสามารถด้านการคิดนี้ มีฐานที่ตั้งทางกายภาพอยู่ที่เปลือกสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex; PFC) ทำหน้าที่บริหาร (Executive function) ประสานงานกับ Thalamus ที่เป็นเสมือนคนส่งเอกสารสำคัญมาให้ มีสมองส่วน Anterior Cingulate Cortex (ACC) ทำหน้าที่คล้ายเลขานุการคอยรวบรวมข้อมูลความรู้สึกและความคิดมาให้ PFC วิเคราะห์วางแผนตัดสินใจและคอยติดตามดูแลของการกระทำว่าเป็นไปตามที่ PFC คาดหวังหรือไม่ สมองส่วน PFC มีพื้นที่สำคัญคือ ส่วนของความจำระยะสั้นและความคิดเชิงตรรกะ เหตุผลที่อยู่ด้านนอกก่อนไปทางบน (Dorsolateral prefrontal cortex; DLPFC) ส่วนของสติรู้ตัวที่อยู่ตรงกลาง (Medial prefrontal cortex; MPFC) และส่วนของการตัดสินใจเชิงบริบทสังคมที่อยู่รอบเบ้าตา (Orbitofrontal cortex; OFC) วงจรการทำงานของสมองนี้ประกอบกันเป็นวงจรสมองส่วนคิด⁽⁹⁾



ภาพภาพประกอบที่ 1 วงจรเตือนภัยและวงจรรู้คิด (ตกแต่งอักษรเพิ่มเติมจากภาพเดิมที่

http://www.hovkapellet.n/wordpress/wpcontent/uploads/2006/10/mansklig_hjarna.png เมื่อ 29 ก.ย. 2560)

ความสามารถในการคิดเชิงตรรกะเหตุผลเพื่อเรียนรู้
 คาดหมายผลลัพธ์ และตัดสินใจเลือกการกระทำนั้น ต้องพึ่งพา
 ข้อมูลจากความทรงจำอย่างมาก ซึ่งความทรงจำสามารถแบ่ง
 ออกได้เป็นความทรงจำระยะสั้นและระยะยาว ความทรงจำระยะ
 สั้นคือความทรงจำในปัจจุบันขณะ ส่วนความทรงจำระยะยาว
 นั้นแบ่งออกได้อีกเป็นหลายชนิดและถูกเก็บไว้ในพื้นที่สมอง
 ต่างกัน เช่น ความจำเชิงอารมณ์ (Emotional memory) เก็บที่
 Amygdala ความจำเชิงทักษะกระบวนการ (Procedural memory)
 ถูกเก็บที่เปลือกสมองส่วน Primary motor ทั้งสองนี้เป็นความ
 ทรงจำแฝงเร้น บุคคลรับรู้ได้เองโดยอัตโนมัติ เรียกว่าเป็น
 กระบวนการเชิงสัญชาตญาณ แตกต่างจากความทรงจำระยะยาว
 แบบชัดแจ้ง คือ ความจำเชิงความหมาย (Semantic memory) และ
 เชิงเหตุการณ์ (Episodic memory) ที่ต้องตั้งใจย้อนคิด มีลักษณะ
 คล้ายบันทึกเหตุการณ์และความหมายของเหตุการณ์ในอดีต
 ความทรงจำประเภทนี้จะถูกเก็บไว้ในเปลือกสมองกลีบขมับ
^(10,11) สมองส่วนที่รับผิดชอบเรื่องความทรงจำ คือ Hippocampus
 มีหน้าที่เลือกความจำระยะสั้นใดบ้างที่มีความสำคัญควรถูก

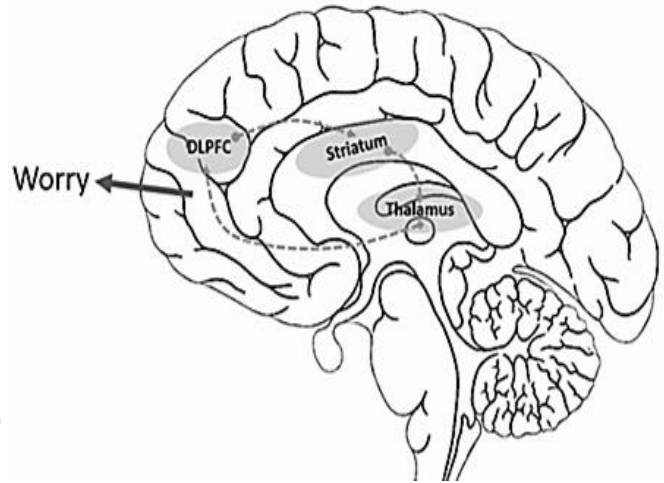
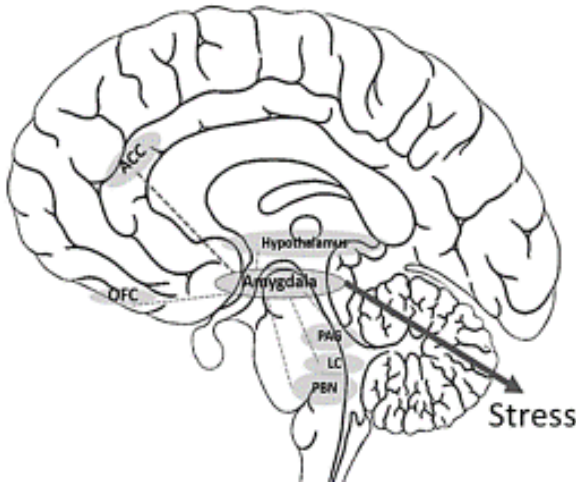
เปลี่ยนเป็นความจำระยะยาวเก็บไว้ ส่วนความจำระยะสั้นที่ไม่
 สำคัญก็จะถูกทิ้งหรือลืมไป

กระบวนการดึงข้อมูลจากความทรงจำมาใช้นั้นเริ่มจาก
 Thalamus ส่งข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นมา แล้วHippocampusก็จะ
 ดึงความทรงจำระยะยาวที่เก็บไว้ในที่ต่าง ๆ ที่คิดว่าเกี่ยวข้องกับ
 สิ่งกระตุ้นนั้นมาเปรียบเทียบ โดยเริ่มเทียบกับความทรงจำแฝง
 เร้นก่อนว่ามีความรู้สึกละเอียดอย่างไรต่อสิ่งนั้น และเคยชินกับการ
 ตอบสนองต่อสิ่งนั้นอย่างไร ต่อมาความทรงจำชัดแจ้งจึงถูกดึง
 เข้ามาเพื่อทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการนี้เกิดขึ้นที่
 สมองส่วน DLPFCซึ่งเป็นพื้นที่การทำงานของความทรงจำระยะ
 สั้นในปัจจุบัน ที่จะวิเคราะห์ประมวลและตัดสินใจสั่งการ
 ตอบสนอง โดยมี ACC คอยเฝ้าติดตามดูแลว่าตัดสินใจถูกต้อง
 ตามคาดหรือไม่ หากเป็นไปตามคาด บุคคลจะพึงพอใจและตอก
 ย้ำความทรงจำว่าสิ่งที่ตนเข้าใจนั้นถูกต้องแล้ว เมื่อเกิด
 เหตุการณ์เช่นเดิมหรือคล้ายเดิมก็จะสามารถเรียกความจำมาใช้
 เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาดเลือกพฤติกรรมที่ดีที่สุดสำหรับ
 ตนเองและผ่านสถานการณ์ชีวิตไปได้อย่างราบรื่น แต่ถ้าไม่
 เป็นไปตามคาดบุคคลก็จะเรียนรู้และปรับเปลี่ยนความทรงจำให้

เป็นปัจจุบัน โดย Hippocampus ซึ่งมีหน้าที่เปลี่ยนความทรงจำระยะสั้นเป็นความทรงจำระยะยาว (Memory Consolidation) จะอัปเดตความทรงจำเดิมที่มีอยู่ให้ทันสมัยขึ้น บุคคลจึงเรียนรู้จากผลของการกระทำและประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านเข้ามา สังคมเป็นบทเรียนเก็บไว้ในความทรงจำระยะยาว ทำให้เข้าใจธรรมชาติของชีวิตได้ดีกว่าเดิมเมื่อเติบโตและผ่านประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สะสมต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย^(10,12)

เมื่อสมองขาดความเชื่อมโยง: ความเครียดนำไปสู่ความวิตกกังวล (From stress to worry) เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ สมองทุกส่วนต้องสามารถทำหน้าที่ของตนเองและประสานงานกับสมองส่วนอื่นได้อย่างเหมาะสม การทำงานร่วมกันของสมองทั้งวงจรเตือนภัยและวงจรการเรียนรู้ ทำให้บุคคลสามารถใช้ประโยชน์จากทั้งอารมณ์และความคิด เมื่อเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตก็จะสามารถปรับตัวได้⁽¹³⁾ โดยสมองส่วนอารมณ์ โดยเฉพาะวงจรเตือนภัย ทำหน้าที่กระตุ้นเราให้เกิดพลังกำลังที่จะต่อสู้เพื่อให้ถึงจุดหมายและวงจรสมองส่วนรู้คิดที่

เปรียบเสมือนเข็มทิศ กำกับทิศทางให้ไปสู่จุดหมายที่ต้องการด้วยความระมัดระวังไม่พลีผลาม สมองส่วนอารมณ์และสมองส่วนคิดเชื่อมต่อกันทางกายภาพและระบบสารสื่อประสาท ด้วยการทำงานแบบวงจรสะท้อนกลับ (Feedback Loop) นั่นคือ เมื่อส่วนหนึ่งถูกกระตุ้นมากเกินไป อีกส่วนก็จะส่งสัญญาณไปยังยังให้กลับเข้าสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งตามปกตินั้น Amygdala จะทำงานประสานกับ Hippocampus และ Thalamus โดยที่ Amygdala จะส่งสัญญาณเตือนความปลอดภัยทำให้บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจต่อสิ่งเร้าบางอย่าง โดยที่ยังไม่เข้าใจว่ารู้สึกอย่างไร เพราะอะไร จนกระทั่ง Hippocampus ได้เรียกความทรงจำชัดแจ้งขึ้นมาแล้วส่งให้เปลือกสมองส่วนหน้าวิเคราะห์จนเข้าใจสาเหตุของความรู้สึกตนเองและหาทางจัดการกับความรู้สึกไม่ปลอดภัยได้ Amygdala จึงจะสงบลงอาจเรียกได้ว่า Hippocampus ทำงานเป็นวงจรสะท้อนกลับ ไปยับยั้งการทำงานของ Amygdala นั้นเอง



ภาพประกอบที่ 2 ความเครียด (Stress) และความกังวล (Worry) (ตกแต่งอักษรเพิ่มเติมจากภาพเดิมที่

[http://www.hovkapellet.com/wordpress/wpcontent/uploads/2006/10/เมื่อ 29 กันยายน 2560](http://www.hovkapellet.com/wordpress/wpcontent/uploads/2006/10/เมื่อ_29_กันยายน_2560))

อย่างไรก็ตาม ปัญหา มักเกิดขึ้นเมื่อสมองส่วนใดทำงานมากเกินไปจนทำให้อีกส่วนหนึ่งทำงานได้น้อยลงหรือไม่ได้เลย นั่นคือ ถ้าวางจรเตือนภัยในสมองทำงานมากเกินไปบุคคลก็จะตกเป็นทาสอารมณ์ เพราะมี Amygdala ที่ไวต่อสิ่งเร้าจนแสดง

อารมณ์รุนแรงต่อสิ่งกระตุ้นที่ไม่ได้มีอันตรายจริง หรืออันตรายน้อยกว่าที่ ประเมิน การตื่นตูมของ Amygdala มีผลต่อสมองส่วนล่างและสภาพร่างกายเพราะไปกระตุ้น HPA axis ให้ใช้พลังงานเกินกำลัง จน Hypothalamus อ่อนล้า นำไปสู่การเจ็บป่วย

ในระบบฮอร์โมน ระบบย่อยอาหาร ระบบหัวใจ จนถึงระบบภูมิคุ้มกันได้นอกจากนั้น Amygdala ยังสามารถแพร่กระจายความเครียดไปยังสมองส่วนคิด ทำให้เกิดความวิตกกังวลอีกด้วย⁽⁹⁾ นั่นคือ หากบุคคลมีความเครียดมากจนไปกีดการทำงานของ Hippocampus จนไม่สามารถเป็น negative feedback ไปยับยั้งการทำงานของ Amygdala ได้ Amygdala ที่ถูกกระตุ้นเร็วจะส่งสัญญาณ อันตรายผ่าน Insula และ ACC ไปยังสมองส่วน OFC ทำให้บุคคลขาดการขังคิด และไปยังสมองส่วนวิเคราะห์ประมวลผลเหตุการณ์ที่ DLPFC การใส่ความรู้สึกเครียดเข้าไปในสมองส่วน DLPFC นี้เปรียบได้กับการปรุงแต่งเหตุการณ์ให้มีผลเร็วกว่าความเป็นจริงโดยไม่รู้ตัว⁽¹⁴⁾ ความจำแฝงเร้นเชิงอารมณ์ในจิตได้สำนึกจาก Amygdala จะถูกใช้ในการมองสถานการณ์ปัจจุบันทำให้บุคคลมองโลกและผู้อื่นในแง่ร้ายวิตกกังวล พุ้งซ่าน เพราะมีการคิดที่อยู่บนพื้นฐานความรู้สึกไม่ปลอดภัยสมองส่วนคิดไม่สามารถใช้ตรรกะเหตุผลยับยั้งการทำงานที่มากเกินไปของสมองส่วนอารมณ์ได้คือการทำงานที่ไม่เชื่อมโยงของสมองทั้งสองส่วน ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเรื้อรังได้ดังภาพประกอบที่ 2

การเจริญสติสร้างความเชื่อมโยงของสมอง การทำงานของสมองมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของบุคคลได้ฉับพลัน สภาพจิตใจ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลก็สามารถปรับเปลี่ยน โครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองได้ฉับพลันนั้น การฝึกสมาธิและการเจริญสติเป็นผ่อนคลายความรุ่มร้อนของสมองส่วนอารมณ์และการฝึกความเข้มแข็งของสมองส่วนคิด โดยกระตุ้นให้ Thalamus และ Hippocampus กลับมาทำหน้าที่ที่ความทรงจำชัดแจ้งก็จะถูกเรียกมาช่วยให้สมองส่วน DLPFC ทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อสามารถให้ความหมายเหตุการณ์ และมีคำอธิบายต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วสมองส่วนคิดก็จะมีการกำกับยับยั้งสมองส่วนอารมณ์ที่ทำงานมากเกินไปได้ ทำให้ความทรงจำแฝงเร้นอันรุนแรงที่ Amygdala สงบลง⁽⁷⁾ โดยทั่วไปแล้ว รูปแบบการฝึกเจริญสติมี 2 รูปแบบ คือการทำสมาธิหรือการฝึกการจดจ่อที่เรียกว่าสมถกรรมฐาน และการฝึกการระลึกรู้ตัวอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่าวิปัสสนากรรมฐาน⁽¹⁵⁾

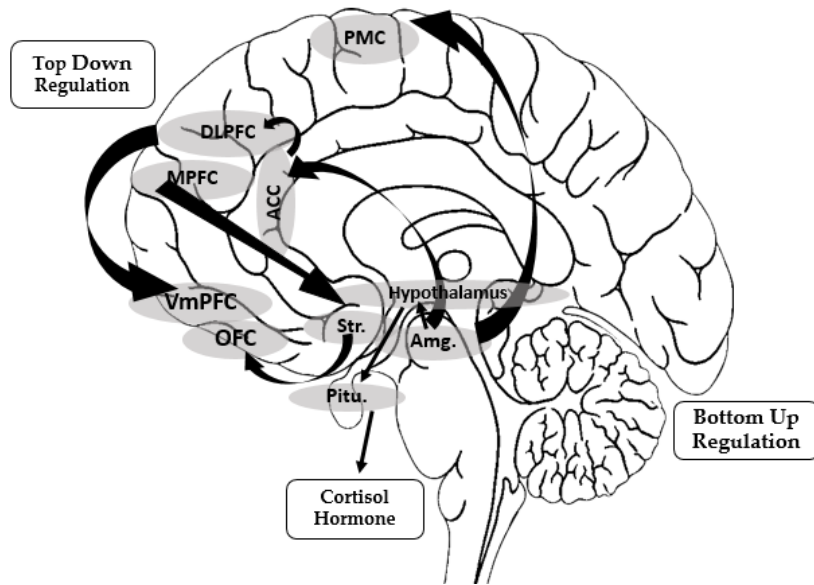
การฝึกสมาธิมีหลายรูปแบบ ที่นิยมมากที่สุดคือการจดจ่อที่ลมหายใจ การติดตามลมหายใจช่วยฟื้นฟูการทำงานของ Thalamus และทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานได้⁽¹⁶⁾ ร่างกายที่ผ่อนคลายจะกระตุ้นสมองให้รับรู้ความปลอดภัย Amygdala จะสงบลง ระบบประสาทหลัง Serotonin ทำให้ผ่อนคลาย สามารถถ่วงสมดุลกับ Cortisol และ Adrenalin ที่ทำให้เครียดและตื่นตัว มองหาแต่สิ่งคุกคามและมีปฏิกิริยาโต้ตอบเกินจริงได้เมื่อระบบประสาทอัตโนมัติมีความสมดุลบุคคลจะควบคุมตนเองได้ สมองส่วน VmPFC ตระหนักรู้ถึงแรงขับความต้องการภายในตนเอง สมองส่วน OFC รับรู้ถึงเวดล้อมและพิจารณาการตอบสนองที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมมากขึ้น^(7,13) จึงเป็นการส่งเสริมการทำงานของสมองจากส่วนล่างขึ้นบน (Bottom Up Regulation)

ส่วนการฝึกเจริญสติด้วยการระลึกรู้ตัวอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ตัดสินหรือปฏิกิริยาตอบโต้กับเหตุการณ์ที่เข้ามา จะช่วยสร้างกันชนระหว่างความรู้สึกของบุคคลกับเหตุการณ์ที่เข้ามาปะทะ ช่วยให้สมองส่วน MPFC แข็งแรงบุคคลจะสามารถสังเกตอาการของจิตตนเองที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้และเปิดประตูรับความรู้สึกต่าง ๆ ที่เคยปิดกั้นเข้ามาในความจำระยะสั้น สิ่งที่ถูกเก็บกดไว้ในจิตได้สำนึกจะถูกปลดปล่อยออกมาให้ได้รับรู้ สมองส่วน DLPFC จึงสามารถทำความเข้าใจ ตระหนักรู้ในสาเหตุที่มาที่ไปในอาการของจิตตน Hippocampus จะสามารถตรวจสอบความคิดและปรับแต่งข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ในปัจจุบันให้เป็นบทเรียนใหม่⁽¹⁶⁾ ถือเป็นส่งเสริมการทำงานของสมองส่วนบน (Top Down Regulation)

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า การเจริญสติจะช่วยลดความเครียดและความกังวลโดยปรับวงจรสมองใน 2 กระบวนการ คือ การควบคุมของสมองด้านบนลงล่าง (Top Down Regulation) และจากล่างขึ้นบน (Bottom-Up Regulation) โดยเมื่อเริ่มต้นเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการเจริญสตินั้น บุคคลยังจะต้องใช้การยับยั้งชั่งใจและอดทนอดกลั้นเมื่อเผชิญกับสิ่งกระตุ้นเร็ว เรียกว่าใช้การควบคุมของสมองด้านบนลงล่าง (Top Down Regulation) บุคคลที่ฝึกสติจนมีสมองส่วนบนแข็งแรง จะเกิดเปลี่ยนแปลงทางกาย

วิภาคของสมองและประสาทวิทยา คือ มีชั้นเปลือกสมองหนาขึ้น สมองส่วน Anterior Cingulate Cortex และ MPFC ทำงานมากขึ้น และมีเนื้อสมองสีเทาตรงส่วน Insula มากขึ้น ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ความรู้สึกและสภาวะภายในตนเองมากขึ้น จึงตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดของตนเองมากขึ้น ด้วยและเมื่อได้นิ่งพิจารณาอาการของจิตและธรรมชาติของสรรพสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ จนเข้าใจถึงเหตุปัจจัยแห่งอาการทางจิตของตนแล้ว บุคคล

จะมีจิตใจที่ช่างคัดค้าน้อยลง ยอมรับอารมณ์ทั้งทางลบและบวกของตนได้ เลิกกดทับอารมณ์และความคิดที่ไม่ต้องการไว้ในจิตใจสำนึก สมองส่วนล่างที่ดูแลสัญชาตญาณจึงรู้สึกปลอดภัยและไม่ตื่นตัวเกินจำเป็น ซึ่งเกิดจาก Amygdala สงบลง มีสมดุลการทำงานมากขึ้นเรียกได้ว่าการทำหน้าที่ของสมองจากล่างขึ้นบน (Bottom-Up Regulation) นั้นดีขึ้น⁽¹⁷⁾ ดังภาพประกอบที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 Bottom Up Regulation และ Top Down Regulation (ตกแต่งอักษรเพิ่มเติมจากภาพเดิมที่ http://www.hovkapellet.com/wordpress/wpcontent/uploads/2006/10/mansklig_hjarna.png เมื่อ 29 ก.ย. 2560)

การพยาบาลโดยใช้การเจริญสติเพื่อจัดการ

ความเครียด การเจริญสติ เป็นคำสอนทางพุทธศาสนาที่ได้ถือปฏิบัติกันมาอย่างยาวนานนับพันปี เป็นโอสถทางใจที่มนุษย์ใช้รับมือกับความทุกข์อันเป็นสัจธรรมของชีวิตได้ ปัจจุบันนี้นักวิชาการนำหลักการเจริญสติมาพัฒนาโปรแกรมจิตบำบัดอย่างมากมาย ที่แม้มีจุดร่วมในการฝึกเจริญสติ แต่เนื่องหากการบำบัดก็มีความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันตามลักษณะปัญหาสุขภาพจิตเช่น Mindfulness-based Stress Reduction Program (MBSR)⁽¹⁸⁾ ที่เน้นจัดการความเครียดด้วยการปรับอารมณ์และสัญชาตญาณที่ถูกกระตุ้นจากความเครียดให้สงบปลอดภัยกลับ

เข้าสู่สมดุลช่วยเชื่อมโยงร่างกาย อารมณ์ ความคิดเพื่อให้เกิด Top-down และ Bottom Up Regulation (Smoski MJ. and Robins CJ., 2011) โปรแกรมมีระยะเวลาบำบัด 8 ครั้งประกอบด้วยการฝึกทักษะการเจริญสติทั้งการเจริญสมถะกรรมฐาน (Focused Attention Meditation) และวิปัสสนากวณา (Open Monitoring) Meditation) ด้วยกิจกรรมการกำหนดรู้ร่างกาย (Body Scan) โยคะนั่งสมาธิ และสนทนาสะท้อนคิดทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม เพื่อเรียนรู้การเผชิญความเครียด และใช้ชีวิตที่สมดุล ซึ่งพยาบาลสามารถประยุกต์หลักการและกิจกรรมการเจริญสติในการดูแลผู้มีความเครียดได้ ดังนี้

1. ประเมินตัวกระตุ้นความเครียด (Stressor) ความเครียด เป็นปฏิกิริยาตอบสนองตัวกระตุ้นจนทำให้เกิดความตึง (Strain) กดดัน (Pressure) หนัก (Heaviness) เหมือนถูกกดทับ เป็นความรู้สึกอึดอัดออกมาเป็นคำพูดได้ยากเพราะเป็นผลผลิตจาก Amygdala ในสมองส่วนอารมณ์ที่ไม่ได้สื่อสารด้วยคำพูดเหมือนสมองส่วนคิด อย่างไรก็ตาม หากความรู้สึกนี้ถูกส่งผ่าน Insula cortex และ Anterior cingulate cortex ไปยัง DLPFC แล้ว สมองจะผลิตความคิดบนพื้นฐานความเครียดจนเกิดเป็นความฟุ้งซ่าน คิดในแง่ร้ายทำให้เรื่องปกติธรรมดาจะเป็นเรื่องน่ากังวลไปได้ทั้งหมด ดังนั้น พยาบาลควรค้นหาตัวกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลเผชิญต้นตอของความเครียดของตน ไม่เช่นนั้นแล้ว การใช้เพียงตรรกะความคิดมาหักล้างสิ่งที่บุคคลวิตกกังวลจะเปรียบเสมือนกับการดูควันทิ้งออกไปโดยไม่พยายามดับไฟที่เป็นต้นตอของควันทิ้งนั้น จึงยังมีควันทิ้งออกมาได้เรื่อยๆ ราวที่ไฟยังลุกโชนอยู่ การดับไฟคือการทำให้ Amygdala ที่ทำงานมากเกินไป กลับมาสู่ภาวะสมดุล เป็น Bottom up regulation นั่นเอง

2. วิเคราะห์การเผชิญความเครียด (Coping) เมื่อระบุตัวกระตุ้นความเครียดได้แล้ว พยาบาลควรประเมินว่าบุคคลรับมือกับความเครียดอย่างไร ใช้วิธีเผชิญแบบมุ่งจัดการปัญหา (Problem-focused coping) หรือมุ่งจัดการอารมณ์ (Emotional-focused coping) และใช้สมองอย่างเชื่อมโยงในการเผชิญปัญหาหรือไม่ คำถามนี้สำคัญอย่างยิ่ง เพราะหากขาดการทำงานร่วมกันของสมองส่วนคิดและส่วนอารมณ์แล้วไม่ว่าบุคคลจะใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบใด ก็จะไม่สามารถจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพได้ กล่าวคือ หากบุคคลมุ่งมั่นแต่จะแก้ปัญหาให้สำเร็จลุล่วงโดยใช้ตรรกะเหตุผลจากสมองส่วนคิดสั่งให้สมองอารมณ์ออกค้นหาในสิ่งที่ไม่อยากทำ หรือฝืนร่างกายให้ทำโดยไม่หยุดพัก

สัญญาณความเครียดที่ถูกผลิตออกมาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้สมองอ่อนล้า ข้อนกลับไปยังขั้นตอนสติปัญญาในการเผชิญปัญหาได้ ในทางกลับกัน หากบุคคลหลีกเลี่ยงปัญหา มุ่งเพียงผ่อนคลายอารมณ์ ด้วยการคุย ดื่ม กิน เที่ยว ใช้หูหรือ ดูรายการเสพติดที่อาจคลายเครียดระยะสั้น แต่ทำให้สมองล้าและเสีย

สมดุลในระยะยาว สร้างปัญหาเพิ่มขึ้นดังนั้น การใช้ตรรกะเหตุผลล้วนๆ หรืออารมณ์เพียงอย่างเดียวจึงไม่ใช่วิธีเผชิญปัญหาที่ดี พยาบาลควรช่วยให้บุคคลใช้พลังจากสมองทุกส่วนด้วยการดูแลร่างกายได้พักผ่อนเพียงพอ ดูแลอารมณ์ให้สงบผ่อนคลายทำให้สมองส่วนล่างเข้มแข็ง มีกำลังใจเผชิญสถานการณ์ต่างๆ เป็นพื้นฐานให้สมองส่วนบนคิดแก้ไขปัญหาคือ

3. สร้างนิสัยการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Habits) พยาบาลมักพบว่าผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม จนเกิดความขัดแย้งกันของสมองส่วนคิดและส่วนอารมณ์ทำให้สมองล้า นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตมากมาย อย่างไรก็ตาม การเผชิญความเครียดไม่ได้เป็นเพียงทักษะทางพฤติกรรม แต่เป็นวิถีคิด ลักษณะนิสัย วิธีการดำเนินชีวิต เป็นความสามารถที่สะท้อนวุฒิภาวะ การรับมือสถานการณ์ยุ่งยากในชีวิต จุดมุ่งหมายของพยาบาลจึงไม่ใช่แค่สอนทักษะเฉพาะอย่าง แต่เป็นการปรับเปลี่ยนนิสัยและมุมมองต่อชีวิต ในการฝึกเจริญสติ บุคคลจะได้รับประสบการณ์ทางตรงต่อร่างกาย อารมณ์และความคิด จนเข้าใจถึงคำว่าสมดุลของชีวิตตระหนักว่าสมองทุกส่วนล้วนมีความสำคัญและเชื่อมโยงกัน การใส่ใจตอบสนองความต้องการของสมองทุกส่วน โดยไม่ละเลยจึงจะสร้างพลังสมองเพื่อรับมือกับความเครียดได้เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูตั้งแต่สมองส่วนล่างที่เป็นแหล่งพื้นฐานของพลังสมอง พยาบาลจะนำสติฝึกเจริญสติด้วยโยคะและกำหนดรู้ร่างกาย ร่างกายที่สดชื่นผ่อนคลายทำให้ก้านสมองและ Hypothalamus เข้มแข็งเหนียวทำให้ Amygdala ลดความร้อนแรงลง สมองส่วนคิดจึงกลับมาทำหน้าที่ได้ จากนั้น การนั่งสมาธิจะช่วยให้บุคคลเผชิญอารมณ์ทางลบจากต้นตอความเครียดของตนได้ และวิปัสสนากรรมฐานจะช่วยให้บุคคลเกิดปัญญา เข้าใจถึงธรรมชาติของความทุกข์ เมื่อถึงจุดนี้จึงจะเรียกได้ว่าสมองทุกส่วนร่วมมือกันทำงานอย่างเชื่อมโยง บุคคลมีเรี่ยวแรงกำลังที่จะเผชิญปัญหาจิตสงบมีกำลังใจพร้อมรับมือกับสถานการณ์ไม่ว่าจะมารูปแบบใดและมีสติปัญญาแจ่มใสพร้อมขบคิดหาสู่ทางรับมือกับปัญหาอย่างสร้างสรรค์

เอกสารอ้างอิง

1. อีชีฮยอง. สมอหงายดำ ชีวิตก็หายเหนื่อย. (ครองสิริ ทองคำใส, ผู้แปล). ชอรัคคัท : กรุงเทพฯ, 2558.
2. Fogarty, R. **Brain-Compatible Classrooms**. (Volume 3). (3rd ed.). Corwin Press: CA, 2009.
3. Panksepp J “The MacLean legacy and some modern trends in emotion research” in: G. Cory and R. Garder (eds), **The Evolutionary Neuroethology of Paul MacLean: Convergences and Frontiers**, Westport, CN: Greenwood, p ix-xxvii. (2002).
4. MacLean PD. **The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions**. Springer Science & Business Media: Berlin, 1990.
5. Davidson R J, Begley S. **The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live and how you can change them**. New York: Hudson Street Press; 2012.
6. Damasio A. **The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness**. Harcourt Brace and Co : New York, 1999.
7. Hanson, R., & Mendius, R. **Buddha's brain: The practical neuroscience of happiness, love, and wisdom**. Oakland, New Harbinger Publications: CA, 2009.
8. McEwen BS, et al. Mechanisms of stress in the brain Nature. **Neuroscience**. 18: 2015, 1353–1363.
9. Stahl, Stephen M. **Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications**. university press Cambridge, 2013.
10. Lee R., Christine C., Scott M. & Lynn N. Hippocampal activation during episodic and semantic memory retrieval: Comparing category production and category cued recall. **Neuropsychologia**. 46 (8) : 2008 , 2109–2121.
11. Squire, L. R. Memory systems of the brain: A brief history and current perspective. **Neurobiology of Learning and Memory**. 82: 2004, 171-177,
12. Paller, KA. **Memory consolidation: systems**. In L.R. Squire, Editor-in-Chief, **Encyclopedia of Neuroscience**. Academic Press: Oxford, 2009.
13. Siegel DJ. **The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being**. W. W. Norton & Company: New York, 2007.
14. Van Der Kolk B. This is your brain on trauma. In Van der Kolk B, editor, **The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma**. Penguin: New York, 2014.
15. สุวัฒน์ จันทระจันท. **แก่นพุทธธรรม ฉบับอังกฤษ-ไทย**. รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์ : กรุงเทพฯ, 2552.
16. Kuan T. Cognitive operations in Buddhist meditation: Interface with western psychology. **Contemporary Buddhism**. 13(1): 2012 , 35-60.
17. ชนกฤทัย ชื่นอารมณี. สุขภาพจิตกับการเจริญสติ : มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 40(1) : 2560, 153-163.
18. Kabat-Zinn, J. **Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness**. 15th i8ed. Random House: New York, 1990.

พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัด
กระทรวงสาธารณสุข

SERVANT LEADERSHIP BEHAVIORS OF HEAD NURSES IN REGIONAL
HOSPITALS NORTHEAST OF THAILAND

นฤมล ฮามพิทักษ์¹, มาริสา ไกรฤกษ์²
Narumon Hampitak¹, Marisa Krairiksh²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเอง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย 190 คน พยาบาลวิชาชีพ 376 คน แบบสอบถามพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการใช้ ของณัชชากรณ์ เทโหปการ (2553) ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Greenleaf (2003) ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 0.93 หากค่าความเที่ยง โดย Try out หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มละ 30 ชุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Coefficient of Alpha) ในกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความเที่ยงที่วัดได้ 0.978 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีความเที่ยงที่วัดได้ 0.987 ใ้รับแบบสอบถามคืนมาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 170 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 89.47 พยาบาลวิชาชีพ 357 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.07 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้สถิติ independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา 1. พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามการรับรู้ของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{X} = 4.21, S.D. = 0.17$) 2. พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{X} = 3.99, S.D. = 0.09$) 3. เปรียบเทียบพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเอง กับตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 3.609, p = 0.002$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการ/หัวหน้าหอผู้ป่วย/พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This study was a descriptive research investigating the awareness of servant leadership behaviors of head nurses and professional nurses in regional hospitals, northeast of Thailand under Ministry of Public Health. The sample groups were 190 head nurses and 376 professional nurses. The questionnaire on servant leadership behaviors was from Natchakorn Tehopakarn's (2010) which had been modified from Greenleaf's (2003). The index of validity was 0.93. To find the reliability, the questionnaire had been tried out with the head nurses and the professional nurses, 30 sets for each group. The Cronbach's Alpha Coefficient reliability from the head nurses and the professional nurses was 0.978 and 0.987, respectively. 170 questionnaires from head nurses and 357 questionnaires from professional nurses were returned which were 89.47 and 93.07 response rate. Statistics used for data analysis were average score, standard deviation, and independent t-test at 0.05 of level of statistical significance.

The results were as follows: 1. The average score of servant leadership behaviors of the head nurses perceived themselves in regional hospitals, northeast of Thailand under Ministry of Public Health was in a high level ($\bar{X} = 4.21, S.D. = 0.17$) 2. The average score of servant leadership behaviors of the head nurses perceived by professional nurses in regional hospitals, northeast of Thailand under Ministry of Public Health was in a high level ($\bar{X} = 3.99, S.D. = 0.09$) 3. Regarding the comparison of servant leadership behaviors of the head nurses

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

perceived themselves and perceived by professional nurses , it was found that in overall they were aware of servant leadership behaviors differently at 0.05 of level of statistical significance ($t = 3.609, p = 0.002^*$)

Key words: servant leadership behaviors/ head nurses/ professional nurses

บทนำ

สังคมโลกกำลังก้าวสู่ยุคที่ต้องเผชิญกับภาวะแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นองค์กรจึงไม่สามารถหยุดนิ่งในสภาพเดิมๆ ได้ และจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนตัวเองให้เท่าทัน ในระบบบริการด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน จากแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2555-2559) ของสภาการพยาบาล ได้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ในระบบบริการด้านสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์สาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วเป็นลำดับ ซึ่งการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อระบบการให้บริการด้านสุขภาพ เช่น นโยบายด้านการปฏิรูปการศึกษาที่ทำให้ประชาชนในฐานะผู้รับบริการ มีความรู้ รวมถึงมีความคาดหวังกับคุณภาพการบริการที่มากขึ้น ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่จะดำเนินการตามนโยบายในโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีภาวะขาดแคลนในเรื่องของอัตรากำลัง ทำให้พยาบาลที่ยังคงเหลืออยู่ในระบบต้องปฏิบัติงานที่ภาระงานที่หนักและปริมาณงานที่มากขึ้น ตลอดจนมีอัตราการโยกย้าย ลาออกจากงาน จากวิชาชีพพยาบาลที่มากขึ้น จากข้อมูลสภาการพยาบาล แสดงให้เห็นว่า ในระหว่างปี 2553-2562 จากการประมาณการด้วยวิธี Health Demand method ประเทศไทยยังพบปัญหาขาดแคลนพยาบาล 33,112 คน และในกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรที่เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลมากที่สุด ดังนั้นหากโรงพยาบาลมีการขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการพยาบาล จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญยิ่งในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ และเพื่อให้การพยาบาลที่ดีและมีมาตรฐานต้องใช้อัตรากำลังที่เพียงพอในสัดส่วนที่เหมาะสม และมีการสร้างให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน เพื่อให้เกิดความคงอยู่ในงานด้วยเช่นกัน (อรุณรัตน์ คันธา, 2557)

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกองค์การ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ทันต่อสภาวะการณ์ ผู้นำต้องจะเข้าใจและหารูปแบบภาวะผู้นำที่เหมาะสมตามบริบทขององค์กรของตนเองให้ได้ (วิโรจน์ สารัตนะ, 2557) เนื่องจากภาวะผู้นำ (Robbin, 2005) เป็นความสามารถและอิทธิพลของบุคคลที่มีต่อกลุ่ม มีผลต่อประสิทธิผลและเป้าหมายขององค์กร อีกทั้งในบริบทของการทำงานในด้านการบริการสุขภาพที่มีปัญหาความซับซ้อนในยุคของการเปลี่ยนแปลงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้นำต้องมีการผสมผสานรูปแบบภาวะผู้นำยุคใหม่ แนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นคำตอบที่เหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน โดย Greenleaf (2003) ได้เขียนหนังสือ Servant Leadership ในปี 1977 และชี้ให้เห็นว่าผู้นำใฝ่บริการจะต้องเป็นผู้ให้บริการผู้อื่นก่อนและเป็นการปฏิบัติที่เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติที่บุคคลเลือกเป็นฝ่ายให้บริการเป็นสิ่งแรก ต่อจากนั้น ผลจากการให้บริการผู้อื่นจะกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ สร้างให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน คุณลักษณะที่สำคัญของผู้นำใฝ่บริการประกอบด้วย การมีทักษะในการรับฟัง การยอมรับความแตกต่างของบุคคล ความสามารถในการกระตุ้นให้กำลังใจ การตระหนักในตนเอง ความสามารถในการเกลี้ยกล่อม ความสามารถในการมองภาพในเชิงองค์รวม ความสามารถในการคาดการณ์ในอนาคต ความรับผิดชอบ การให้ความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาบุคลากร การสร้างลักษณะชุมชนให้เกิดใน

หัวหน้าหอ จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการองค์กรที่ดีพอเป็นผู้นำที่คอยให้การสนับสนุนผู้ตาม สร้างการสร้างเป็นทีม เพื่อจะให้องค์กรดำเนินไปได้ภายใต้การเปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีคุณลักษณะภาวะผู้นำที่จะสามารถก้าวทันและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัจจุบันได้ วิชาชีพพยาบาลเองจะต้องปฏิบัติกรพยาบาลโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มากที่สุด รวมถึงประสิทธิผล

และคุณภาพของงานจะออกมาดีได้นั้น บุคลากรขององค์กรเองจะต้องมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ก็จะสร้างแรงจูงใจในการทำงานส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงานด้วย ดังนั้นผู้นำทางการพยาบาลจึงสมควรสร้างความตระหนักในตนเองถึงภาวะผู้นำที่มีประสิทธิผลให้เหมาะสมกับปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงสนใจเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการตามการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งถ้าผลการศึกษาที่ได้จากการเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันจะเป็นการสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่แสดงออกมามีความชัดเจน แต่ถ้าผลการศึกษาเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันจะให้เห็นมุมมองสะท้อนพฤติกรรมภาวะผู้นำตามการรับรู้ ซึ่งถือเป็นโอกาสพัฒนาพฤติกรรมผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย เนื่องจากภาวะผู้นำใ้บริการจะสามารถสร้างความพึงพอใจในงานก่อให้เกิดประสิทธิผลของงาน ผลการปฏิบัติงานที่ดี สร้างให้เกิดแรงจูงใจ และใ้บุคลากรมีความสุขในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความผูกพันเกิดความรักในองค์กร สามารถลดอัตราการโยกย้ายและการลาออกได้ และสามารถปรับใช้ในการการบริหารงานพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1 เพื่อศึกษาภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง
2. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3.เพื่อเปรียบเทียบภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามการรับรู้ของตนเอง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)ที่จะศึกษาถึงระดับของพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองและตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 340 คน และ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4,030 คน โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาในครั้งนี้ได้จากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างประมาณค่าเฉลี่ยของ Cochran, 1977 อ้างถึงใน Cochran, 1977) วรรณชนก จันทชุม, 2545) ซึ่งคำนวณได้ หัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 158 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 314 คน แต่เนื่องจากการใช้แบบสอบถามจะมีการส่งกลับทางไปรษณีย์ จะมีอัตราในการตอบกลับค่อนข้างต่ำผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 20% ทดแทนกลุ่มที่ไม่ได้รับคืน ตัวอย่างที่ (Israel, 1997 อ้างถึงในในวรรณชนก จันทชุม, 2545) จึงได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น กลุ่มที่ 1 หัวหน้าหอผู้ป่วย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 190 คน กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 376 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนแต่ละโรงพยาบาล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีจับสลากรายชื่อแบบไม่มีการแทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 สำหรับหัวหน้าหอ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผู้ป่วย ชุดที่ 2 สำหรับพยาบาลวิชาชีพ แต่ละชุดของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการ ใช้แบบสอบถามภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยของณัชชากรณั เทโหปการ (2553) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Greenleaf (2003) ที่มีค่าความตรงของเนื้อหา 0.93 และ ค่าความเที่ยง 0.97 ตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบสอบถาม(Reliability)โดยการทดลอง(Try-out) ในกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 30 คน และ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Coefficient of Alpha) ในกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยมีค่าความเที่ยงที่วัดได้ 0.978 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเที่ยงที่วัดได้ 0.987

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติ ร้อยละ วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 10 พฤติกรรมโดยการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการแปลผลระดับพฤติกรรมภาวะผู้นำในรายด้านและรายข้อ วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองและตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในรายด้านและรายข้อโดยใช้สถิติ independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่ อายุ 51-60 ปี ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 50.54 ปี มีอายุน้อยที่สุด 39 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี เป็นเพศหญิงทั้งหมด สถานภาพสมรส (62.10%) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า (64.20%) มากที่สุด ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน 21 – 30 ปี (52.10%) มากที่สุด รองลงมา 31 – 40 ปี (24.75 %) ประสบการณ์การทำงานเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ต่ำกว่า 10 ปี (73.16 %) มากที่สุด รองลงมา 11 – 20 ปี (24.21 %) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อายุ ต่ำกว่า 30 ปี

อายุค่าเฉลี่ย เท่ากับ 34.34 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(94.10 %) สถานภาพโสด (57.14%) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (94.90 %) ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ต่ำกว่า 10 ปี (55.05%) มากที่สุด รองลงมาคือ 11 – 20 ปี (30.32 %) ประสบการณ์การทำงานร่วมกับหัวหน้าหอ ต่ำกว่า 10 ปี (83.77 %) มากที่สุด

2. ภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลวิชาชีพ พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลวิชาชีพในรายด้าน หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการ โดยรวม 10 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{x} = 4.21$, S.D.=0.17) รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง 2 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการให้ความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาบุคลากร ($\bar{x} = 4.42$, S.D.=0.45) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ ($\bar{x} = 4.41$, S.D.=0.43) และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ คือ ด้านความสามารถในการคาดการณ์ในอนาคต ($\bar{x} = 3.97$, S.D.=0.46) และด้านความสามารถในการมองภาพในเชิงองค์รวม ($\bar{x} = 3.98$, S.D.=0.47) พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าคุณเองมีพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการ โดยรวม 10 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{x} = 3.99$, S.D.=0.09) รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง 2 อันดับแรก ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ ($\bar{x} = 4.13$, S.D.=0.64) รองลงมาคือ ด้านการให้ความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาบุคลากร ($\bar{x} = 4.11$, S.D.=0.65) และรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับ คือ ด้านความสามารถในการเกลี้ยกล่อม ($\bar{x} = 3.87$, S.D.=0.72) และด้านการสร้างลักษณะชุมชนให้เกิดในองค์กร ($\bar{x} = 3.87$, S.D.=0.70)

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองกับ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

3.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองกับ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองกับ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการ โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 3.609, p = 0.002^*$)

3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองกับ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพรายด้าน จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองกับ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการรายด้านพบว่า มี 8 ด้าน ที่แตกต่างกัน คือ พยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการน้อยกว่าการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในด้าน การมีทักษะในการรับฟังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 5.579, p = 0.000^*$)ด้าน การยอมรับความแตกต่างของบุคคลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 4.726, p = 0.000^*$)ด้าน ความสามารถในการกระตุ้นให้กำลังใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 5.363, p = 0.000^*$)ด้านการตระหนักในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 5.212, p = 0.000^*$)ด้านความสามารถในการเกลี้ยกล่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 4.143, p = 0.000^*$)ด้านความรับผิดชอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 5.798, p = 0.000^*$)ด้านการให้ความสำคัญต่อการเจริญ เติบโตและการพัฒนาบุคลากรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 6.236, p = 0.000^*$)ด้านการสร้างลักษณะชุมชนให้เกิดในองค์กรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($t = 5.915, p = 0.000^*$)ส่วนด้านความสามารถในการมองภาพในเชิงองค์

รวม และ ด้านความสามารถในการคาดการณ์ในอนาคตไม่แตกต่างกัน($t = 0.468, p = 0.640$ และ $t = 0.173, p = 0.863$)

สรุปและอภิปรายผล

ระดับพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเองพบว่ามีพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.21, S.D. = 0.17$) จากผลวิจัยที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมภาวะผู้นำใ้บริการ โดยรวมอยู่ในระดับสูงเป็นการยืนยันได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสามารถในการนำองค์การ มีการนำนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติ จะกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ สร้างให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการรับฟังที่ดี ยอมรับถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ให้กำลังใจบุคลากร สร้างการตระหนักในตนเอง สามารถในการเกลี้ยกล่อม และการมองภาพในเชิงองค์รวม คาดการณ์ในอนาคต มีความรับผิดชอบ การให้ความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาบุคลากร การสร้างลักษณะชุมชนให้เกิดในองค์กร มีการทำงานเป็นทีม (Greenleaf, 2003) สอดคล้องกับ Mark W. Neil and Nena S. Sounders (2008) ได้ศึกษาเรื่องภาวะผู้นำใ้บริการส่งเสริมคุณภาพการดูแลและความพึงพอใจของบุคลากร โดยทำการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกรณีกิจการทหารผ่านศึก สหรัฐอเมริกา ซึ่งภาวะผู้นำใ้บริการเป็นรูปแบบที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีการตัดสินใจร่วมกันซึ่งถือว่าภาวะผู้นำแบบนี้ถือเป็นพฤติกรรมทางจริยธรรม จากการศึกษาพบว่าเมื่อนำภาวะผู้นำใ้บริการมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มความพึงพอใจกับพยาบาลและผู้ป่วย สอดคล้องกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวาริ เขียวหนู (2554) ศึกษาคุณลักษณะผู้นำแบบผู้รับใช้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเอง โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งพบว่าคุณลักษณะผู้นำแบบผู้รับใช้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.95, S.D. = 0.68$) องอาจ ลิมเสน (2556) ศึกษาภาวะผู้นำใ้บริการของผู้บริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การศึกษามัธยมศึกษา เขต25 ผลการศึกษาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.86, S.D.=0.56$)

ในรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรกคือ ด้านการให้ความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาบุคลากร ($\bar{x} = 4.42, S.D.=0.45$) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ ($\bar{x} = 4.41, S.D.=0.43$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารหอผู้ป่วยจึงมีความตระหนักในหน้าที่ตนเองเป็นอย่างดี ให้ความสำคัญกับคุณภาพของบุคลากร (Quality of people) ซึ่งเมื่อบุคลากรสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ (นภวรรณ คณานุกรม, 2554) อีกทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีความเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของบุคลากร จัดหาทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการที่จะปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จโดยคำนึงถึงส่วนรวมและผู้อื่นมีความสามารถที่จะนำพาองค์กรสู่การบรรลุเป้าหมาย และจากรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุดคือ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ($\bar{x} = 4.58, S.D.= 0.52$) ซึ่งเป็นสิ่งที่หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสนใจและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สืบเนื่องจากในวิชาชีพการพยาบาลที่ไม่หยุดนิ่ง การดูแลภาวะสุขภาพย่อมไม่หยุดนิ่งด้วยเช่นกัน คุณภาพย่อมมาจากปัญหาหน่วยงานซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องตระหนักและแก้ไขพัฒนาควบคู่กันไป ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชากรณ เทโพบการ (2553) ศึกษาภาวะผู้นำแบบผู้ให้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.77, S.D.= 0.72$)

พฤติกรรมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยรายด้านน้อยที่สุดคือ ด้านความสามารถในการคาดการณ์ในอนาคต มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{x} = 3.97, S.D.= 0.46$) ซึ่งอาจเกิดจากโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก รวมถึงนโยบายสุขภาพ และการขยายงานภายใต้ข้อจำกัดเรื่องของอัตราค่าจ้างทำให้เกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน ได้ทำให้ผลลัพธ์ที่ออกมาไม่ได้ตามการคาดการณ์หรือตามเป้าหมาย

และเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริหารงานและการนำพาองค์กรสู่วิสัยทัศน์

ระดับพฤติกรรมภาวะผู้นำให้บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพพบว่าผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพทราบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมภาวะผู้นำให้บริการโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{x} = 3.99, S.D.= 0.09$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้เห็นถึงการทำงานในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ ได้ใกล้ชิด เป็นผู้ปฏิบัติตามแผนโดยเป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัย มีผลการปฏิบัติงานที่ดี อีกทั้งยังรับรู้ภาวะผู้นำให้บริการ จะสนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงให้การช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงาน มีความเจริญก้าวหน้าในการทำงาน (สุพัตรา วัชรเกตุ, 2557) ซึ่งจะสามารถอธิบายจากผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพทราบว่าพฤติกรรมหัวหน้าหอผู้ป่วยที่สนับสนุนพฤติกรรมภาวะผู้นำให้บริการโดยมีค่าเฉลี่ยรายด้าน 2 อันดับ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อ ($\bar{x} = 4.13, S.D.= 0.64$) รองลงมาคือ ด้านการให้ความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาบุคลากร ($\bar{x} = 4.11, S.D.= 0.65$) สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถรับรู้พฤติกรรมความเอาใจใส่ความเป็นอยู่ของบุคลากร จัดหาทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการที่จะปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จโดยคำนึงถึงส่วนรวมและผู้อื่น มีความสามารถที่จะนำพาองค์กรสู่การบรรลุเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาวารี เขียวหนู (2554) ศึกษาคุณลักษณะ ผู้นำแบบผู้รับใช้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการพบว่ามีความเฉลี่ย อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ($\bar{x} = 3.82, S.D.= 0.78$)

พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ด้านความสามารถในการเกลี้ยกล่อม ($\bar{x} = 3.87, S.D.= 0.72$) และรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือมีทักษะในการพูดโน้มน้าวใจผู้ได้บังคับบัญชา ($\bar{x} = 3.80, S.D.= 0.83$) อธิบายได้ว่าการโน้มน้าวใจถือเป็นทักษะที่สำคัญยิ่งในการบริหาร เพราะการโน้มน้าวใจที่ดีพอจะมีผลต่อการเรียนรู้ การสร้าง

แรงจูงใจ รับรู้เรื่องราวต่างๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ต้องมาจากการมีทักษะและประสบการณ์ และในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องรับผิดชอบงานบริหารและงานคลินิกเพื่อตอบรับนโยบาย บางครั้งมีเวลาไม่เพียงพอในการสร้างการแสดงความคิดเห็น เพราะการโน้มน้าวหรือการเกลี้ยกล่อมที่ดีได้มาซึ่ง ข้อตกลงร่วมกัน เพื่อนำผู้การเปลี่ยนแปลงแทนการบังคับ (รัตติกรณ์ จงวิศาล, 2556) สร้างลักษณะชุมชนให้เกิดในองค์กรและการสร้างการทำงานเป็นทีม

เปรียบเทียบภาวะผู้นำไฟบริการของของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของตนเองและของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า คะแนนระดับพฤติกรรมภาวะผู้นำไฟบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองกับ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับสูงทั้งโดยรวมและในทุกด้าน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองและคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำไฟบริการโดยรวมน้อยกว่าการรับรู้ของหัวหน้าหอผู้ป่วย และรายด้านพบว่ามีความแตกต่างกัน โดยพยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำไฟบริการน้อยกว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้อ 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีทักษะในการรับฟัง ด้านการยอมรับความแตกต่างของบุคคล ด้านความสามารถในการกระตุ้นให้กำลังใจ ด้านการตระหนักในตนเอง ด้านความสามารถในการเกลี้ยกล่อม ด้านความรับผิดชอบ ด้านการให้ความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาบุคลากร ด้านการสร้างลักษณะชุมชนให้เกิดในองค์กร ทั้งนี้อาจเกิดจากพยาบาลวิชาชีพเองอาจมีความคาดหวังกับหัวหน้าหอผู้ป่วยมากกว่าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมให้ตนเองได้รับรู้ได้ เป็นเพราะ ภาระงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารระดับต้น ในการนำนโยบายจากบนลงล่างสู่ผู้ได้บังคับบัญชาหรือทีมงาน หน่วยงานจึงมีทั้งภาระงานที่

เป็นงานด้านบริหารและงานด้านบริการควบคู่กัน ไปอีกทั้งยังมีงานคุณภาพมากมายในการประเมินโรงพยาบาล เป็นเลขาคณะทำงานในกิจกรรมโครงการต่างๆ ในโรงพยาบาล ทำให้เวลาในการอยู่หน้างานได้ใกล้ชิด ผู้ปฏิบัติงานมีน้อย ส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเองมีข้อจำกัดในการแสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำไฟบริการให้พยาบาลวิชาชีพสามารถรับรู้ได้ อีกทั้งการรับรู้ของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์และทัศนคติ และการศึกษา และอายุ จากข้อมูลส่วนบุคคลจะเห็นได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีอายุ 51-60 ปี (58.42%) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 106 คน (64.20%) จบการศึกษาระดับปริญญาโท 64 คน (35.80%) ส่วนพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 331 คน (94.9%) จบการศึกษาระดับปริญญาโท ส่วนพยาบาลวิชาชีพ 19 คน (5.10%) จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพจบการศึกษาในระดับปริญญาโทน้อยกว่า จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ต่างกันทำให้รับรู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาต่างกัน (ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ, 2553) จากผลการศึกษายังพบ ความแตกต่างของ Generations เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างของบุคลากรพบว่าโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีโครงสร้างของบุคลากรในหน่วยงานที่เปลี่ยนแปลงไป ในด้านอายุพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีอายุต่ำกว่า 30 ปีมากที่สุด (46.81%) และมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10 ปี (55.05%) ซึ่งในโรงพยาบาลศูนย์จะมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็น คนรุ่นใหม่หรือที่เรียกว่า Generations Y ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีลักษณะเฉพาะตนเองเป็น คนรุ่นใหม่ที่กล้าคิดกล้าทำกล้าตัดสินใจ ในส่วนอายุของหัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี (58.42%) และมีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ 21-30 ปี (52.10%) ซึ่ง อยู่ในยุค Baby boomer บุคลิกเป็นคนจริงจัง มุ่งการทำงาน คุณภาพเป็นหลัก ในความแตกต่างนี้ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกัน ความต้องการที่ไม่ตรงกัน และก่อให้เกิดความขัดแย้งบ่อยครั้ง ดังที่ เสาวคนธ์ วิทวัสโอฬาร (2550) ให้มุมมองว่า คนแต่ละช่วงแต่ละอายุจะมีทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม นิสัยความคิด การ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

แสดงออกที่แตกต่างกันอาจเกิดจาก สภาวะสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม การหล่อหลอมที่แตกต่างกัน ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้นำมาซึ่งปัญหาในการทำงานได้ และสอดคล้องกับ Zemke, Raines, and Filipczak (2000) ที่ว่ารุ่นอายุวัยที่ต่างกันจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และมุมมองที่ต่างกัน อาจเป็นอีกเหตุผลที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้น้อยเช่นกัน ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปวรมนต์ ทัศนอนันตชัยและกัญญาดา ประจุศิลป์ (2557) ของพยาบาลได้ศึกษาการทำงานวิชาชีพ Generation Y ผลการวิจัยพบว่า Generation Y ลักษณะการบริหารที่พยาบาลวิชาชีพต้องการคือคุณลักษณะการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถเข้าถึงง่าย มีความยืดหยุ่น สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามเหตุและผล รวมถึงคุณลักษณะด้านการสื่อสาร ที่ต้องการความสะดวกรวดเร็ว คล้ายคลึงกับการศึกษาของ บังอร ไชยเผือก(2550) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้นำแบบผู้รับใช้ของผู้บริหารโรงเรียนคาทอลิก สังกัดภคินีพระกุมารเยซูจำแนกตามประสบการณ์ในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ครูที่มีความคิดเห็นต่อคุณลักษณะผู้นำแบบผู้รับใช้ของผู้บริหารโรงเรียนคาทอลิก สังกัดภคินีพระกุมารเยซูแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ วารี เขียวหนู(2556) ได้ศึกษาถึงคุณลักษณะผู้นำแบบผู้รับใช้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง เปรียบเทียบระหว่างหัวหน้างานหารพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพ พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้อง ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ (2553) ได้ศึกษา พฤติกรรมจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการเรียนรู้และประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ได้บังคับบัญชาในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคใต้ พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการเรียนรู้และประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงกว่าการเรียนรู้ของพยาบาลผู้ได้บังคับบัญชา สอดคล้องกับ มาริสา ไกรฤกษ์, ลำควน บุญทิ(2555) ศึกษาพฤติกรรมผู้นำในการดูแลเอาใจใส่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนเขต 14 สังกัด

กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพรับรู้พฤติกรรมผู้นำในการดูแลเอาใจใส่แตกต่างกันโดยพยาบาลวิชาชีพรับรู้น้อยกว่าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยรับรู้เอง

จากผลการวิจัยยังพบว่า ด้านความสามารถในการมองภาพในเชิงองค์รวม และ ด้านความสามารถในการคาดการณ์ในอนาคตไม่แตกต่างกัน อธิบายว่าพยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการรับรู้เรื่องด้านความสามารถในการมองภาพในเชิงองค์รวม และ ด้านความสามารถในการคาดการณ์ในอนาคต อยู่ในระดับสูง และรับรู้ตรงกัน สืบเนื่องมาจาก โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งต้องมีความพร้อมด้านนโยบายและหัวหน้าหอผู้ป่วยก็แสดงพฤติกรรมการนำนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติได้ชัดเจน มองปัญหาได้รอบคอบวิเคราะห์และตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมาย ซึ่งในหลักการของการบริหาร การตัดสินใจเป็นขั้นตอนที่ผู้บริหารทุกคนต้องเผชิญกับสถานการณ์ โดยการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการคิดอย่างรอบคอบผู้บริหารจึงจำเป็นต้องคิดให้ดีที่สุดมีความถูกต้องมากที่สุด เพื่อให้องค์กรสามารถอยู่รอดได้(นิตยา ศรีญาณลักษณ์ , 2554) รวมถึงการแสดงให้เห็นว่ามีวิสัยทัศน์สามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างถูกต้อง มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดีและครบถ้วน สอดคล้องกัลยาณี ทำจิ้น ,นงนุช บุญยังและวิมลรัตน์ จงเจริญ (2558) ศึกษา สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการนำแผนงานสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลตติยภูมิภาคได้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการนำแผนงานสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลตติยภูมิภาคได้โดยรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยในระดับสูงได้แก่ สมรรถนะด้านการออกแบบ สมรรถนะด้านการสร้างแรงบันดาลใจ สมรรถนะด้านสร้างวิสัยแห่งการสำเร็จ สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สมรรถนะด้านการดำเนินงาน และสมรรถนะด้านการตัดสินใจ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญและตระหนักในเรื่องความสามารถในการคาดการณ์ในอนาคตและการมองการณ์ไกล ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องและใช้เวลาและประสบการณ์ โดยผู้บริหารควรจัดเป็นหลักสูตรในการเตรียมผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับ เพราะบริบทองค์กรได้ก้าวสู่ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ควรมีการพัฒนาภาวะผู้นำใหม่ที่เหมาะกับบริบทองค์กร และควรมีการส่งเสริมการรับรู้ในประเด็นเหล่านี้ รวมถึงการสื่อสารองค์การเพื่อการขับเคลื่อนองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพ

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องตระหนักพัฒนาสมรรถนะตนเองเพิ่มมากขึ้นในเรื่องการพูดเกลี้ยกล่อมการโน้มน้าว เช่นการพัฒนาตนเองในการเข้าอบรมผู้บริหารยุคใหม่ การอบรมหลักสูตรภาวะผู้นำเป็นต้น เพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถรับรู้ได้และสร้างการทำงานเป็นทีม เพราะองค์กรจะสามารถขับเคลื่อนได้ต้องอาศัยทีมการพยาบาลที่เข้มแข็งมองที่เป้าหมายเดียวกัน ขององค์กร

3. หัวหน้าหอผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในยุคของ Baby boomer ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่จะอยู่ใน Generations Y หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องพัฒนาภาวะผู้นำและออกแบบการทำงาน การบริหารงานให้เหมาะสม เช่น การทำให้เข้าถึงได้ง่าย รับฟัง มีความยืดหยุ่น มีการสื่อสารใน

ทีมในรูปแบบที่ทันสมัย เข้าถึงง่าย ผ่านสื่อออนไลน์ ให้สามารถแสดงความคิดเห็นได้ ยกตัวอย่าง Line เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษานี้จะเห็นได้ถึงความแตกต่างของ Generations ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงควรศึกษาถึงความสัมพันธ์พฤติกรรมภาวะผู้นำใฝ่บริการกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ Generations Y เพราะจะสามารถยืนยันประสิทธิภาพของภาวะผู้นำใฝ่บริการได้

2. จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้พฤติกรรมภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกัน จึงควรศึกษาความคาดหวังของภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถเป็นข้อมูลในการพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใต้บังคับบัญชาโดยมีเป้าหมายเพื่อองค์กร

3. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพเช่น ความพึงพอใจในงาน ความสุขในการทำงาน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กัลยาณี ทำจิน,นงนุช บุญยัง,&วิมลรัตน์ จงเจริญ.(2558).สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการนำแผนงานสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลศตยภูมิภาคใต้.วารสารสงขลานครินทร์,35(3),127-140.

ณัฐชากรณ์ เทโหปการ. (2552).ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบผู้ใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย วัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตภาคใต้.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภวรรณ คณานุกรณ์. (2554).บทบาทองค์กรที่มีพนักงานวิชาชีพ Leadership Role for Producing Professional Employees.วารสารมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย,31(1),123-133.

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2554).การบริหารการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพลส จำกัด.

บงกชพร ตั้งจักรฉัย, บุญทิพย์ สิริรังศรี,สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุลและวิไลพร รังควัด. (2554).ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.วารสารสภาการพยาบาล,26(4),43-47.

บังอร ไชยเฟือก.(2550).การศึกษาคุณลักษณะผู้นำแบบผู้รับใช้และบรรยากาศของโรงเรียนคาทอลิกสังกัดคณะนักบวชแม่เยซุ.สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปารมณต์ ทศอนันชัย&กัญญาดา ประจุกิตปะ.(2557).วารสารกิจการมนุษย์,21(2),126-138.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

- ประคอง วรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาริสสา ไกรฤกษ์ และดำควน บุญทิ. (2555). รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมผู้นำในการดูแลเอาใจใส่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนเขต
14 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. (2552).
www.sut.ac.th. สืบค้นวันที่ 1/03/59.
- รัตติกรณ์ จงวิศาล. (2556). **ภาวะผู้นำ ทฤษฎี การวิจัย และแนวทางสู่การพัฒนา** . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณชนก จันทชุม. (2545). **การวิจัยทางการพยาบาล การเลือกตัวอย่างและกำหนดขนาดตัวอย่าง** . ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาริ เขียวหนู. (2554). **คุณลักษณะผู้นำแบบผู้รับใช้ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง**. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ สารรัตนะ. (2557). **ภาวะผู้นำทฤษฎีและนวัตทัศน์ร่วมสมัยปัจจุบัน**. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ทิพย์วิสุทธิ์.
- ศิริวรรณ เมืองประเสริฐ. (2553). **พฤติกรรมจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้และประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาล
ผู้ได้บังคับบัญชาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สภาการพยาบาล. (2555). **แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2555-2559)**. สืบค้นวันที่ 1/03/59 ที่
ww.tnc.or.th/files/2010/09/page-239/_19333.pdf
- สุพัศรา วัชรเกตุ. (2557). **ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้: บัญญัติ 10 ประการของผู้นำทางการพยาบาล**. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 44-48.
- เสาวคนธ์ วิทวัสโอฬาร. (2550). **Gen Y จับให้มันคั่นให้เวิร์ค**. กรุงเทพมหานคร เนชั่นมัลติมีเดีย : กวีป
- องอาจ สิมเสน. (2556). **ภาวะผู้นำใฝ่บริการของผู้บริหารที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต
25**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Greenleaf, R.K. (2003). **The Servant-Leader Within: a Transformative Path**. New York: Paulist Press.
- Robbin, S. P. (2005). **Organization behavior**. 116th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Zemke, R., Raines, C., and Filipczak, B. (2000). **Generation at work: Managing the clash of
Veterans, Boomers, Xers, and Nexters in your workplace**. New York: Amacon.

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS AND NUTRITION STATUS OF ADOLESCENT PREGNANCY IN
THE ANTENATAL CARE CLINIC AT SOMDET HOSPITAL KALASIN PROVINCE

ธิดารัตน์ ทิพโชติ¹ และสุวาลี โลว์วิกรณ์²

Thidarat Tipchot¹ and Suwalee Lowirakorn²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 93 คน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารและการประเมินภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 88.2 อายุครรภ์ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 37.6 เป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 94.6 และฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 67.7 จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 51.6 สถานภาพอยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้สมรส ร้อยละ 74.1 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 52.1 อาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 45.1 มีความรู้ทางโภชนาการในภาพรวมระดับปานกลางในจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง ร้อยละ 50.0, 56.3 และ 50.0 ตามลำดับ และทัศนคติต่อการบริโภคอาหารในภาพรวมระดับปานกลาง ในจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง ร้อยละ 79.2, 69.6 และ 56.3 ตามลำดับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่บริโภคอาหาร 3 มื้อ ร้อยละ 92.5 ในช่วงแพ้ท้องบริโภคอาหารไม่ได้เลย ร้อยละ 49.5 การบริโภคอาหารแตกต่างจากก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 57.0 อาหารที่บริโภคใส่หรือปรุงอาหารด้วยผงชูรส ร้อยละ 94.6 ภาวะโภชนาการมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติในจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง ร้อยละ 45.8, 47.8 และ 31.1 ตามลำดับ และการเพิ่มน้ำหนักไม่ได้ตามเกณฑ์ในจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 1 ครั้ง และ 4-6 ครั้ง ร้อยละ 50.0 และ 52.2 ตามลำดับ

คำสำคัญ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ABSTRACT

The objectives of this study were to investigate food consumption behaviors and to assess nutrition status of adolescent pregnancy in the antenatal care clinic at Somdet Hospital, Kalasin province. This survey research was conducted in ninety-three pregnancies Data were collected by means of questionnaire which consisted of general demographic data, nutritional knowledge, attitude toward food consumption and food consumption. Nutritional status was assessed by measuring weight and height. Data were analyzed using descriptive statistic.

The result showed that 88.2% of the adolescent pregnant adolescents were 15-19 years old. 37.6% were 1st trimester. 94.6% were first pregnancy and 67.7% attended ANC clinic at gestation age \leq 12 weeks. 51.6% number of antenatal visits 2-3 times. 74.1% were living together without marriage certificate. 52.1% finished secondary school. 45.1% were housewives/unemployment. 50.0%, 56.3% and 50.0% had moderate nutritional knowledge in the number of antenatal visits 1 time, 2-3 times and more than 6 times, respectively. 79.2%, 69.6% and 56.3% had moderate attitude toward food consumption in the number of antenatal visits 2-3 times, 4-6 times and more than 6 times, respectively. Dietary habits 92.5% Most of them consumed 3 meals. 49.5% in morning sickness can't eat. 57.0% food consumption was different from before pregnancy. 94.6% consumed and cooked with MSG. 45.6%, 47.8% and 31.1% had normal pre-pregnant body mass index in the number of antenatal visits 2-3 times, 4-6 times and more than 6 times, respectively. 50.0% and 52.2% were unmet weigh-gain during pregnancy in the number of antenatal visits 1 and 4-6 times, respectively.

Keyword : adolescent pregnancy, Nutrition status, Food consumption

¹ นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์ (โภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตร สาขานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์ (โภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ระหว่างอายุ 10 - 19 ปี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ โดยเฉพาะอายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนับเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อัตราการคลอดบุตรของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไทย โดยเฉลี่ยเท่ากับ 45.8 รายต่อพันประชากรหญิงในวัยเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 15.3⁽¹⁾ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยลง ซึ่งเป็นวัยที่กำลังศึกษาความรู้รับผิชอบในการดูแลครรภ์หรือหลังคลอดก็มีน้อย ผลเสียที่ตามมาคือ ประเทศสูญเสียบุคลากรที่มีคุณภาพไม่เพียงแต่เกิดในครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และตัวหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเอง แต่ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจในระดับชาติด้วย

การตั้งครรภ์ในช่วงอายุน้อย ซึ่งเป็นช่วงต้นของวัยเจริญพันธุ์ที่การพัฒนาของร่างกายเพื่อให้พร้อมที่จะตั้งครรภ์และรองรับทารกในครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ในวัยอื่น ๆ ทั้งขณะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การเพิ่มโอกาสผ่าตัดคลอดบุตรรวมถึงภาวะซึมเศร้าหลังการคลอดบุตร⁽²⁾ ตลอดจนปัญหาด้านโภชนาการที่ส่วนใหญ่เกิดจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาที่ตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและเป็นผลมาจากภาวะทุพโภชนาการก่อนตั้งครรภ์ ทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคทางโภชนาการต่าง ๆ เช่น ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินเอ โรคขาดวิตามินบี 1 โรคขาดไอโอดีน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก⁽³⁾ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัมและภาวะโลหิตจาง ซึ่งมารดาที่มีอายุน้อยก็จะพบน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าเกณฑ์มากขึ้น⁽⁴⁾

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในช่วงของการเสริมสร้างเนื้อเยื่อต่าง ๆ ความอยากอาหารและปริมาณอาหารที่ได้รับจะเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยความต้องการทางโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์มาจากความต้องการของมารดา

และทารกในครรภ์ที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว สารอาหารทุกชนิดมีความสำคัญทั้ง คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ การเพิ่มน้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์เป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ ซึ่งปกติน้ำหนักมารดาควรเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 กิโลกรัมต่อเดือนในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ การติดตามน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์จะช่วยลดอัตราการเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยได้ ซึ่งค่าปกติดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) ของหญิงก่อนการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 kg/m² หญิงที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 kg/m² ถือว่าผอมหรือขาดอาหาร⁽⁵⁾ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการดีและการตั้งครรภ์ปกติจะทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้สูงสุดและคลอดทารกที่มีสุขภาพดี

ความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มักเกิดจากการบริโภคอาหาร เช่น การบริโภคอาหารไม่เหมาะสมก่อนการตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ และการเลือกบริโภคอาหารตามความรู้สึกและความชอบมากกว่าคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ บางรายกลัวอ้วนและสูญเสียภาพลักษณ์ในขณะที่ตั้งครรภ์จึงจำกัดปริมาณอาหารและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ คือ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ตลอดจนการได้รับยาบางชนิดที่ลดการดูดซึมสารอาหารที่จำเป็น การได้รับสารอาหารในปริมาณและคุณภาพที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายมักเกิดภาวะขาดแคลเซียม โปรตีน วิตามิน และธาตุเหล็ก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาเองและทารกในครรภ์^(6,7)

การดูแลภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ จึงเป็นเรื่องที่บุคลากรควรให้ความสำคัญและให้บริการอย่างมีคุณภาพโดยการประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารและให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ เพื่อความสมบูรณ์แข็งแรงของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ จากผลการดำเนินงานกลุ่มงานเวชปฏิบัติปีงบประมาณ 2558 - 2559 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดจันทบุรี มีหญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์และการคลอดจำนวน 566 และ 559 รายต่อปี เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 143 และ 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.3 และ 22.0 ตามลำดับ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาโภชนาการ ร้อยละ 37.9 และ 35.7 ตามลำดับ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจาง

ร้อยละ 37.0 และ 23.6 ตามลำดับ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ทุกคนและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการบริโภคอาหาร และการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุระหว่าง 10-19 ปี ทุกช่วงอายุครรภ์ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2560

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตร⁽⁸⁾

$$n = \frac{NZ^2 \alpha_2 P (1 - P)}{e^2 (N - 1) + Z^2 \alpha_2 P (1 - P)}$$

N = จำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด 123 คน

Z_{α_2} = ความเชื่อมั่นของการประเมินกำหนดให้มีความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

e = กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าเท่ากับ 0.05

P = ค่าสัดส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ 0.54 จากการศึกษา Udompom & Premwadee, (2014) ความรู้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.0 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 93 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างตาม

ช่วงเวลาที่มารับบริการในวันอังคาร วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 8.30-12.00 น. โดยเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสนใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดคุณสมบัติเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี โดยนับอายุ ณ วันที่เก็บข้อมูล โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารได้ และไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคธาลัสซีเมีย และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ครรภ์แฝด รกเกาะต่ำ มีเลือดออกทางช่องคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน ซึ่งได้มีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ส่วนสูง จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ลำดับการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และข้อมูลด้านสุขภาพ อาการแพ้ท้อง การกินยาขณะตั้งครรภ์ การได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับการตั้งครรภ์ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 ความรู้ทางโภชนาการ ลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจและผิดให้ 0 คะแนน แบ่งการวัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 และระดับต่ำน้อยกว่าร้อยละ 60 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 3 ทักษะการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถามทัศนคติเชิงบวกและทัศนคติเชิงลบ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง=5 คะแนน เห็นด้วย=4 คะแนน ไม่แน่ใจ=3 คะแนน ไม่เห็นด้วย=2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=1 คะแนน โดยทำการกลับค่าคะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ แบ่งการวัดเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี 3.67-5.00 คะแนน ระดับปานกลาง 2.34-3.66 คะแนน และระดับต่ำ 1.00-2.33 คะแนน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ส่วนที่ 4 การบริโภคอาหาร ได้แก่ มื้ออาหาร การบริโภค การปรุงอาหาร เป็นต้น

ส่วนที่ 5 การประเมินภาวะโภชนาการ โดยบันทึกน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์และส่วนสูง เพื่อคำนวณค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์จากสมมุติฐานที่สุขภาพแม่และเด็ก ค่าที่ได้นำมาใช้ในการประเมินดัชนีมวลกายโดยคิดจากน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูงยกกำลังสอง (เมตร²) และใช้เกณฑ์ประเมินสำหรับคนไทย คือ ผอม (< 18.5 กิโลกรัม/เมตร²) ปกติ (18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร²) น้ำหนักเกิน (23-24.9 กิโลกรัม/เมตร²) และอ้วน (\geq 25 กิโลกรัม/เมตร²) และบันทึกน้ำหนักปัจจุบันแปลผลเทียบกับการเพิ่มน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในแต่ละไตรมาส ได้แก่ เพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ เพิ่มตามเกณฑ์ และเพิ่มมากกว่าเกณฑ์

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรองเลขที่ HE592382 ผู้วิจัยอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ในการเก็บข้อมูลเพื่อเป็นการรักษาสิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนั่งรอเรียกตรวจหรือเมื่อกลุ่มตัวอย่างตรวจรักษาเสร็จแล้วเท่านั้น เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว หลังจาก

นั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยลงชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-19 ปีอายุน้อยที่สุด 12 ปี และอายุมากที่สุด 19 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 18 ปี ส่วนใหญ่อายุครรภ์ไตรมาส 1 (1-13 สัปดาห์) และเป็นการตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 94.6 มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 67.7 จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 51.6 สถานภาพอยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้สมรส ร้อยละ 74.1 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกำลังศึกษา ร้อยละ 20.1 และจบการศึกษาแล้ว ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 52.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.1 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 77.4 ส่วนสามมีจบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 46.2 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 39.8 และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกินยาบำรุงครรภ์ ร้อยละ 82.8 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับการตั้งครรภ์ ร้อยละ 94.6 โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ ร้อยละ 58.1 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 68.8 ปัจจุบันสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 1.1

2. ความรู้ทางโภชนาการและทัศนคติการบริโภคอาหาร

ตาราง 1 ระดับความรู้ทางโภชนาการและระดับทัศนคติการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ระดับการวัด	จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์				รวม
	1 ครั้ง (n=6)	2-3 ครั้ง (n=48)	4-6 ครั้ง (n=23)	>6 ครั้ง (n=16)	
ความรู้ทางโภชนาการ					
ความรู้ดี	1(16.7)	6(12.5)	2(8.7)	2(12.5)	11(11.8)
ความรู้ปานกลาง	3(50.0)	27(56.3)	9(39.1)	8(50.0)	47(50.5)
ความรู้ต่ำ	2(33.3)	15(31.2)	12(52.2)	6(37.5)	35(37.6)
ทัศนคติการบริโภคอาหาร					
ทัศนคติดี	3(50.0)	10(20.8)	7(30.4)	7(43.7)	27(29.0)
ทัศนคติปานกลาง	3(50.0)	38(79.2)	16(69.6)	9(56.3)	66(71.0)

จากตารางพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนใหญ่ที่ ผ่าครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง มีความรู้ทาง โภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0, 56.3 และ 50.0 ตามลำดับ รองลงมาคือการผ่าครรภ์ 4-6 ครั้งมีความรู้ทาง โภชนาการระดับต่ำ ร้อยละ 52.2 ส่วนทัศนคติการบริโภค อาหารการผ่าครรภ์ 1 ครั้ง มีทัศนคติการบริโภคอาหาร

ระดับดีและระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ การ ผ่าครรภ์ 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง มีทัศนคติ การบริโภคอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 79.2, 69.6 และ 56.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตาราง 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

พฤติกรรมบริโภค อาหาร	จำนวนครั้งที่มาผ่าครรภ์				รวม (n=93)
	1 ครั้ง (n=6)	2-3 ครั้ง (n=48)	4-6 ครั้ง (n=23)	>6 ครั้ง (n=16)	
จำนวนมื้ออาหารที่บริโภคต่อวัน					
<3 มื้อ	1(16.7)	6(12.5)	-	-	7(7.5)
≥3 มื้อ	5(83.3)	42(87.5)	23(100.0)	16(100.0)	86(92.5)
การบริโภคอาหารในช่วงแพ็ททอง					
บริโภคไม่ได้เลย	5(83.3)	30(62.5)	5(21.7)	6(37.6)	46(49.4)
บริโภคได้บ้าง	1(16.7)	15(31.3)	13(56.6)	5(31.3)	34(36.6)
บริโภคได้ปกติ		3(6.2)	5(21.7)	5(31.3)	13(14.0)
ความแตกต่างของการบริโภคอาหารจากก่อนตั้งครรภ์					
แตกต่าง	4(66.7)	26(54.2)	14(60.9)	9(56.3)	53(57.0)
ไม่แตกต่าง	2(33.3)	22(45.8)	9(39.1)	7(43.7)	40(43.0)
การใส่หรือปรุงอาหารด้วยผงชูรส					
ใส่	6(100.0)	43(89.6)	23(100.0)	16(100.0)	88(94.6)
ไม่ใส่	-	5(10.4)	-	-	5(5.4)

จากตารางพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนใหญ่ที่ ผ่าครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้งและมากกว่า 6 ครั้ง บริโภคอาหารมากกว่า 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 83.3, 87.5, 100 และ 100 ตามลำดับ การบริโภคอาหารในช่วงตั้งครรภ์ที่ ผ่าครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้งและมากกว่า 6 ครั้ง บริโภค อาหารไม่ได้เลย ร้อยละ 83.3, 62.5 และ 37.6 ตามลำดับ รองลงมาคือการผ่าครรภ์ 4-6 ครั้ง บริโภคอาหารได้บ้าง ร้อยละ 56.6 การบริโภคอาหารแตกต่างจากก่อนการ

ตั้งครรภ์การผ่าครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และ มากกว่า 6 ครั้ง บริโภคอาหารแตกต่างจากก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 66.7, 54.2, 60.9 และ 56.3 ตามลำดับ อาหารที่ บริโภคใส่หรือปรุงอาหารด้วยผงชูรสการผ่าครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง ใส่ผงชูรส ร้อยละ 100, 89.6, 100 และ 100 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

4. ภาวะโภชนาการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 3 ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ภาวะโภชนาการ	จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์				รวม (n=93)
	1 ครั้ง (n=6)	2-3 ครั้ง (n=48)	4-6 ครั้ง (n=23)	>6 ครั้ง (n=16)	
น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์					
< 45 กิโลกรัม	-	12(25.0)	8(34.8)	7(43.7)	17(29.0)
≥ 45 กิโลกรัม	6(100.0)	36(75.0)	15(65.2)	9(56.3)	66(71.0)
Mean±SD = 51.6(11.4) กิโลกรัม					
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัมต่อเมตร²)					
ผอม (BMI<18.5)	-	16(33.3)	4(13.4)	7(43.7)	27(49.4)
น้ำหนักปกติ(BMI=18.5-22.9)	2(33.3)	22(45.8)	11(47.8)	5(31.3)	40(36.6)
น้ำหนักเกิน (BMI=23.0 - 24.9)	4(66.7)	3(6.3)	2(8.7)	3(18.7)	12(14.0)
ภาวะอ้วน (BMI=25.0 - 29.9)	-	7(14.6)	6(26.1)	1(6.3)	14(14.0)
การเพิ่มน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์					
เพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์	3(50.0)	17(35.4)	12(52.2)	6(37.5)	38(40.9)
เพิ่มตามเกณฑ์	2(33.3)	19(39.6)	8(34.8)	6(37.5)	35(37.6)
เพิ่มมากกว่าเกณฑ์	1(16.7)	12(25.0)	3(13.0)	4(25.0)	20(21.5)

จากตารางพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่วนใหญ่ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง มีน้ำหนักมากกว่า 45 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 51.6 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์จากจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ 1 ครั้ง มีดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 66.7 และการฝากครรภ์ 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 45.8, 47.8 และ 31.1 ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในระหว่างตั้งครรภ์ พบว่าการฝากครรภ์ 1 ครั้ง และ 4-6 ครั้ง มีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 50.0 และ 52.2 ตามลำดับ การฝากครรภ์ 2-3 ครั้ง มีน้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ ร้อยละ 39.6 และการฝากครรภ์มากกว่า 6 ครั้ง มีน้ำหนักเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์และเพิ่มตามเกณฑ์ ร้อยละ 37.5 ดังแสดงในตาราง 3

สรุปและอภิปรายผล

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย 18 ปี ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ นรุตม์ นวัตกรรมกาญจนา (2557)⁽⁹⁾ ในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 17.1 ปี และอายุน้อยที่สุด 13 ปี ในขณะที่การศึกษานี้พบอายุน้อยที่สุด 12 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ไม่เหมาะสำหรับการตั้งครรภ์ ทั้งด้านร่างกาย

และจิตใจ หนึ่งในสามหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังศึกษาอยู่ และสองในสามจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นทำให้เห็นได้ว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อการศึกษาไม่มีงานทำและไม่ได้ประกอบอาชีพ นอกจากนี้สองในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่มีงานทำซึ่งเมื่อพิจารณาทั้งรายได้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามี ก็พบว่าอยู่ในระดับที่ต่ำทั้งคู่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงแหล่งอาหารและการเพิ่มน้ำหนักของมารดาขณะตั้งครรภ์ได้ และมากกว่าครึ่งหนึ่งฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ถือว่าฝากครรภ์ได้เร็ว เนื่องจากมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันเกิดการยอมรับจากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษา นรุตม์ นวัตกรรมกาญจนา (2557)⁽⁹⁾ พบว่าร้อยละ 89.7 ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการยอมรับจากครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา นกสพร ชัยมาโย และคณะ (2559)⁽¹⁰⁾ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 18.09 สัปดาห์

ความรู้ทางโภชนาการ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 เมื่อพิจารณาจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์พบว่า การฝากครรภ์ 4-6 ครั้ง มี

ระดับความรู้ทางโภชนาการต่ำ ร้อยละ 52.2 อาจเนื่องจากการฝากครรภ์หลายครั้งไม่ได้เน้นความรู้ทางโภชนาการเพิ่มขึ้นจากเรื่องเดิมที่เคยได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งที่ 1 และ 2 ซึ่งเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นความต้องการปริมาณพลังงานและสารอาหารก็ต้องการเพิ่ม ขึ้น ดังนั้นควรได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการให้ความรู้ทางโภชนาการในครั้งแรก ประกอบกับลักษณะความรู้ตามการศึกษาที่ อาจจะไม่มีในเนื้อหาที่โรงเรียนพ่อแม่ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจตอบไม่ได้ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 52.1 การที่มีการศึกษาต่ำและการขาดความรู้ทางโภชนาการทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและการเพิ่มน้ำหนักในระหว่างตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการ ศึกษา ศรุตยา รองเดือน และคณะ (2555)⁽⁶⁾ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความรู้ในเรื่องภาวะโภชนาการทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารในระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 30.1 การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดความรู้ก็จะทำให้การดูแลตนเองและการดูแลทารกในครรภ์ไม่มีประสิทธิภาพ หากสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ครอบครัว และ ชุมชน ให้การ ดูแล ส่งเสริม สุขภาพ โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่การรับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึงคลอด สามารถ ป้องกัน ภาวะทุพโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์ได้

ทัศนคติการบริโภคอาหาร หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีทัศนคติการบริโภคอาหารภาพรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.0 ทุกจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ได้แก่ ฝากครรภ์ 1 ครั้ง, 2-3 ครั้ง, 4-6 ครั้ง และมากกว่า 6 ครั้ง อาจส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักกระหว่างการตั้งครรภ์และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านโภชนาการ ได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยอื่น ๆ เพราะวัยรุ่นมักมีค่านิยมการเลือกบริโภคอาหารตามความรู้สึกและความ ชอบมากกว่าคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ วิสัยรัตน์ พลาวัน (2555)⁽¹¹⁾ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ณรงค์ชัย ผิวคำศรีบุญเรือง (2555)⁽¹²⁾ ศึกษาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใน โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีทัศนคติในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองในด้านอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการมีทัศนคติ

ในการบริโภคอาหารที่ดี ขอมส่งผลต่อการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อการตั้งครรภ์

ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าหนึ่งในสามมีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ และขณะตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ในการฝากครรภ์จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 1 เนื่องจากอาการแพ้ท้องในระยะแรกของการตั้งครรภ์และบริโภคอาหารไม่ได้ และการฝากครรภ์จำนวน 4-6 ครั้ง มีน้ำหนักตัวเพิ่มน้อยกว่าเกณฑ์ เนื่องจากมีความรู้ทางโภชนาการในระดับต่ำ ทำให้ขาดความรู้ในการเลือกบริโภคอาหาร ส่งผลให้การเพิ่มน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเพิ่มน้ำหนักตัวของมารดามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าปกติมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษา ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา (2558)⁽¹³⁾ พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.68 เท่าที่จะให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยและความเสี่ยง 1.75 เท่าที่ทารกจะคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์และค่าดัชนีมวลกายของมารดา ก่อนคลอดน้อยกว่า 24 กิโลกรัม/เมตร² และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการติดตามน้ำหนักของหญิงตั้งครรภ์และใช้กราฟโภชนาการหญิงตั้งครรภ์จะช่วยให้อินจลยและแก้ไขได้ทันซึ่งนำไปสู่การลดอัตราการเกิดทารกน้ำหนักน้อยลงได้⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะ

1. เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์และนักโภชนาการในโรงพยาบาล ควรส่งเสริมให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม อันจะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลต่อมารดาที่กำลังเจริญเติบโตและทารกในครรภ์

2. คลินิกฝากครรภ์ควรมีนโยบายในการวางแผนให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งแต่ครั้งแรกที่มารับบริการ รวมทั้งช่วงที่ผู้รับบริการมาฟังผลเลือดและเข้า

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

โรงเรียนพ่อแม่ เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ดีให้แก่ผู้รับบริการ ได้ดูแลและเอาใจใส่สุขภาพตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาทางโภชนาการควรจัดทำสมุดคู่มือทางโภชนาการโดยเฉพาะ

3. โรงพยาบาลควรจัดงานเชิงรุกติดตามเยี่ยมบ้าน โดยการสร้างเครือข่ายระหว่าง โรงเรียน บ้าน ชุมชนและโรงพยาบาล เพื่อรณรงค์ให้ความรู้แก่วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. **สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี2558**. 2555. ค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2559, จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/home.htm>.
2. United Nations Population Fund (UNFPA Thailand). **Minutes of the Selected Stakeholder Consultation on the Issue of Adolescent Pregnancy in Thailand**. Bangkok: Sukosol Hotel, 2013.
3. นุสิทธิ์ันต์ สกุลราษฎร์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์. **พุทธชินราชเวชสาร**, 29(2), 2555. 180-89.
4. Mahmoud, E., Manal, G., & Abdel-Rahman, M. Teenage pregnancy and fetal outcome. **American journal of research communication**, 2(10), 2014. 169-75.
5. Institute of Medicine. **Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines**. Washington DC: National Academy Press. 2009.
6. สรุตยา รองเลื่อน, กัทรวลัย ดลิ่งจิตร, และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. **วารสารพยาบาลศิริราช**, 5(1), 2555. 14- 28.
7. Udomporn, Y., & Premwadee, K. Knowledge and Eating Behavior of Teenage Pregnancy. **International Journal of Medical**, 8(7), 2014. 462-66.
8. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชิวสติติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสติติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551
9. นรุตม์ นีวัฒน์กาญจนา. การศึกษาเปรียบเทียบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 29(3), 2557. 288-94.
10. นกสพร ชัยมาโย, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอารกรณ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 30(4), 2559. 106-13.
11. วิไลรัตน์ พลาวัน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพด้าน โภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 30(2), 2555. 16-22.
12. ณรงค์ชัย ผิวคำศรีบุญเรือง. ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. **Khon Kaen Medical Journal**, v (1), 2555. 26-3.
13. ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา. การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น :ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**, 32(2), 2558. 147-56.
14. อรพินท์ กอสนาน. ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. **วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า**. 30(4), 2556. 287-99.
15. Lowdermilk, D. L., & Perry, S.E. **Maternity nursing** (7th ed.). St. Louis: Mosby, 2006.

บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวง
สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา

ORGANIZATIONAL CLIMATE AND ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING THE
HAPPINESS AT WORKPLACE OF PUBLIC HEALTH MINISTRY OFFICERS AT SUB-
DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

รำไพ ราพัฒน์¹ ชนะพล ศรีฤๅชา²

Rampai Rachapat¹ Chanaphol Sriruecha²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-Sectional Descriptive Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ประชากรที่ศึกษา คือ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 401 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จำนวน 135 คน และสนทนากลุ่มจำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามและแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 7 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 7 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาณ ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ระดับการสนับสนุนจากองค์การ และระดับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75(S.D. = 0.54), 3.70(S.D. = 0.53) และ 3.90(S.D. = 0.48) ตามลำดับ และพบว่าภาพรวมของบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=0.746$, $p\text{-value} < 0.001$, $r=0.735$, $p\text{-value} < 0.001$)ตามลำดับ ตัวแปรการสนับสนุนจากองค์การด้านวิธีการจัดการและ บรรยากาศองค์การด้านความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ด้านความรับผิดชอบ ด้านการให้รางวัล และด้านความอบอุ่น ทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ 67.7 ปัญหา อุปสรรค ที่พบมากที่สุด คือ ความสุขในการทำงานด้านความสำเร็จในงานคิดเป็นร้อยละ 19.2

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์การ, การสนับสนุนจากองค์การ

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research was aimed to study organizational climate and organizational support affecting the happiness at workplace of public health ministry officers at sub-district health promoting hospital in Nakhon Ratchasima province. The samples were 135 personnel randomly selected by stratified random sampling from 401 population. This study collected both quantitative and qualitative data. Focus group was used to collect the qualitative data from 12 key informants. Data was collected during April 7th, 2017 - May 7th, 2017. And analysed by descriptive statistics i.e., percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. and Inferential statistics of Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions.

The results showed that the organization climate , organizational support and the happiness at workplace of public health ministry officers was quand at high level with averages score of 3.75(S.D.=0.54), 3.70(S.D.=0.53) and 3.90(S.D.=0.48), respectively. The organizational climate and organizational support had moderate relationship with the performance of public health ministry officers at sub-district health promoting hospital in Nakhon Ratchasima Province with ($r=0.746$, $p\text{-value}<0.001$, $r =0.735$, $p\text{-value}<0.001$), the Organizational support in. method together with organizational climate in; Unity , responsibility , reward and warm demension could jointly

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

predict the happiness at workplace of public health ministry officers at sub-district health promoting hospital in Nakhon Ratchasima province. at 67.7 percentage. The most common problem found was happiness at workplace in achievement dimension accounting for 19.25%.

Keyword: **organizational climate, organizational support**

บทนำ

การปฏิรูปของระบบสุขภาพเป็นการปฏิรูปตามนโยบายบริการสาธารณสุขเป็นสาเหตุให้เกิดผลกระทบต่อบุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกวิชาชีพ โดยมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ และระบบบริการสุขภาพทำให้บุคลากรทางการสาธารณสุขมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เกิดความเครียด ความคับข้องใจ ความไม่พึงพอใจ ทำให้เกิดการขาดงาน เปลี่ยนงานและลาออกจากงานในที่สุด บุคลากรทางการสาธารณสุขถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุข การที่องค์กรจะได้คนดีมีคุณภาพเข้าทำงานในองค์กร จะต้องใช้ทุนทรัพย์ และสูญเสียเวลาเป็นจำนวนมากนับตั้งแต่ขั้นตอนการสรรหา การคัดเลือก บรรจุแต่งตั้ง ฝึกอบรม และพัฒนาเพื่อให้เกิดความรู้ความสามารถ ความชำนาญ ตลอดจนทักษะที่ดีที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของบุคคลนั้น และเป็นประโยชน์ต่อการที่จะทำให้องค์กรสามารถบรรลุภารกิจได้ ซึ่งกระบวนการต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นการลงทุนขององค์กรทั้งสิ้น ดังนั้นสิ่งที้องค์กรจะต้องคำนึงอยู่เสมอก็คือ ทำอย่างไรจึงจะสรรหาคนดีมีฝีมือมาอยู่กับองค์กร และเมื่อได้มาแล้วจะทำอย่างไรจึงจะพัฒนาบุคลากรเหล่านั้นให้ดียิ่งขึ้น พร้อมทั้งจูงใจให้เขาอุทิศกำลังกาย กำลังใจ และกำลังสติปัญญาให้แก่งานที่ได้รับมอบหมาย มีความสุขในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้งานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่องค์กรตั้งไว้ และทำอย่างไรจึงจะรักษาบุคลากร หรือทรัพยากรมนุษย์ไว้กับองค์กรให้ยาวนานที่สุด⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการบรรจุลูกจ้างชั่วคราวทุกสายงาน เป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการทำงานของบุคลากรที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ และในปี พ.ศ. 2557 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งการจัดตำแหน่งข้าราชการในเขตสุขภาพและจัดตำแหน่งลงจังหวัดในเขต

สุขภาพ เพื่อคัดเลือกบรรจุลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน ที่จ้างด้วยเงินทุกประเภท⁽²⁾ โดยการทำกรแบ่งการบรรจุในครั้งนี้ อาจมีบุคลากรบางคนไม่พึงพอใจในเกณฑ์การคัดเลือก ในปี 2558 คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้มีคำสั่งยกเลิกการบรรจุบุคคลเข้ารับราชการ ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ และเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ ทำให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุขตำแหน่งดังกล่าว เกิดความไม่พึงพอใจ ไม่มีความสุขในการปฏิบัติงาน เกิดการต่อต้าน ร้องเรียน และลาออก ซึ่งส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงาน

ในการปฏิบัติงานของสมาชิกในองค์กรนั้น ความสุขในการทำงานถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ความสุขในการทำงาน คือ ผลที่เกิดจากการเรียนรู้จากการกระทำการสร้างสรรค์ของตนเอง การแสดงออกโดยการยิ้ม หัวเราะ มีความปรารถนาไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นอารมณ์ในทางบวกที่เกิดจากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ผลจากการประสบความสำเร็จในการทำงานทำให้แสดงอารมณ์ในทางบวก บุคคลที่ปฏิบัติงานร่วมกันมีความสุขสนุกสนาน ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในที่ทำงาน มีความรู้สึกที่ดีต่องานที่ได้รับมอบหมาย มีความผูกพันในงาน ทำให้คงอยู่ในองค์กรต่อไป ซึ่งในการทำงาน ถ้าคนทำงานขาดความสุข ย่อมมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ของงาน รวมถึงการใช้อารมณ์ในการทำงาน มีทั้งทางบวกและทางลบ จากการศึกษา บรรยายศาสตร์องค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า บรรยายศาสตร์องค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ด้านการให้รางวัล⁽³⁾ หากได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่เพียงพอและเหมาะสมย่อมทำให้เกิดความสุขในการทำงานของพนักงาน

กระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล บุคลากรเกิดความพึงพอใจ กระตือรือร้น ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของ องค์การอย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากองค์กรที่มี ผู้ทำการศึกษาวิจัยและศึกษา การสนับสนุนจากองค์กรที่มี ผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันควบคุม โรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การสนับสนุน จากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบุคลากร (4) และจากการศึกษา ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบ ฐานข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วย บริการปฐมภูมิ (JHCIS)ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการ ใช้โปรแกรม ระบบฐานข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ หน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS)ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากร และด้าน งบประมาณ(5)

จังหวัดนครราชสีมาประกอบด้วย 32 อำเภอ มี 287 ตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 350 แห่ง โดยบางตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มากกว่า 1 แห่ง มีพนักงานกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 401 คน (6) และจากการประเมินความพึงพอใจของ พนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่ได้รับการบรรจุ โดย กลุ่มงานพัฒนาบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา พบว่า ความสุขในการทำงานของพนักงาน กระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่ได้รับการบรรจุเป็น ข้าราชการ คือ ด้านความรักในงาน เนื่องจากการรับรู้ถึง ความรู้สึกและผูกพันอย่างเหนียวแน่นกับงาน การยอมรับ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ และ ปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ รู้สึกมีความสุขและภาคภูมิใจ ในหน้าที่ที่ตนรับผิดชอบ ดังนั้น การไม่ได้รับการบรรจุ เป็นข้าราชการส่งผลต่อความผูกพันกับองค์กรและความ กระตือรือร้นในการทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง

ในอาชีพ ความก้าวหน้าในวิชาชีพไม่ชัดเจน ทำให้เกิด ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในชีวิต ท้อแท้ เหนื่อยล้า เหนื่อย หน่าย ไม่เกิดความภาคภูมิใจ ไม่มีแรงจูงใจในการ ปฏิบัติงาน และไม่ได้รับการพัฒนาเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆที่ ทำให้เกิดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน (6) จากปัญหา ดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพนักงานกระทรวง สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดนครราชสีมา จึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผล ต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวง สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด นครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรและการสนับสนุน จากองค์กรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงาน กระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง(Cross-sectional Descriptive Research) โดย การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจาก องค์กรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงาน กระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พนักงาน กระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 401 คน (6)

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาด ตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ของ Cohen (1988) (7) มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร

$$สูตร \quad N = \frac{\lambda(1 - R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w \dots\dots\dots (1)$$

$$\text{เมื่อ } \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v_U}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots \dots (2)$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 134 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม 12 คน โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ดีที่สุด (Key informants) เป็นผู้ที่มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร การสนับสนุนจากองค์กร และความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1)⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับระดับความสุขในการทำงาน และส่วนที่ 5 เป็นคำถามที่เกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 การแปลผลคะแนนระดับโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย⁽⁹⁾ โดยแบ่งระดับ คือ มากที่สุด(4.50-5.00) มาก(3.50-4.49) ปานกลาง(2.50-3.49) น้อย(1.50-2.49) และน้อยที่สุด(1.00-1.49) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 7 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 7 พฤษภาคม 2560

2. การสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา โดยนำ

ประเด็นปัญหาต่างๆจากงานวิจัยเชิงปริมาณมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลและสาเหตุของปัญหานั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนากลุ่มไว้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับความสุขในการทำงาน ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับบรรยากาศองค์กร ส่วนที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับการสนับสนุนองค์กร โดยให้กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ 15 พฤษภาคม 2560

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในกรณีตัวแปรแจกแจง ใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีตัวแปรต่อเนื่องและข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) แจกแจงความถี่ (Frequency) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือ การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602017

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 28.72 ปี (S.D.= 3.46 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 40 ปี มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 52.6 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 76.3 มีตำแหน่งเจ้าพนักงาน

สาธารณสุข ร้อยละ 65.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,670.04 บาท มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.2

2. ระดับบรรยากาศองค์การของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีบรรยากาศองค์การ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75 (S.D.=0.54) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านโครงสร้าง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ค่าเฉลี่ย 3.99(S.D.=0.63) รองลงมาคือ ด้านความรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 3.83(S.D.=0.61) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการให้รางวัล ค่าเฉลี่ย 3.55(S.D.= 0.71) รองลงมาคือ ด้านความเสี่ยงภัย ค่าเฉลี่ย 3.55(S.D.= 0.68)

3. ระดับการสนับสนุนจากองค์การของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70(S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านบุคลากร ค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.=0.58) รองลงมาคือ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 3.72(S.D.=0.61) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้าน วัสดุอุปกรณ์ ค่าเฉลี่ย 3.65(S.D.=0.59) และด้านวิธีการจัดการ ค่าเฉลี่ย 3.69(S.D.=0.60) ตามลำดับ

4. ระดับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการทำงาน อยู่ใน ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90(S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การติดต่อสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย 4.00(S.D.=0.57) รองลงมาคือ ความรักในงาน ค่าเฉลี่ย 3.93(S.D.= 0.56) การเป็นที่ยอมรับ ค่าเฉลี่ย 3.83(S.D.=0.50) และความสำเร็จในงาน ค่าเฉลี่ย 3.83(S.D.=0.53) ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขใน โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

บรรยากาศองค์การ พบว่า ภาพรวมของบรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.746, p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การรายด้าน พบว่า บรรยากาศองค์การด้านความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ($r = 0.701, p\text{-value} < 0.001$) นอกนั้นพบว่า บรรยากาศองค์การด้านอื่นมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความสุขในการทำงาน ได้แก่ ด้านความอบอุ่น ($r = 0.683, p\text{-value} < 0.001$) ด้านการสนับสนุน ($r = 0.673, p\text{-value} < 0.001$) ด้านความรับผิดชอบ ($r = 0.664, p\text{-value} < 0.001$) ด้านมาตรฐานการปฏิบัติงาน ($r = 0.648, p\text{-value} < 0.001$) ด้านโครงสร้าง($r = 0.637, p\text{-value} < 0.001$) ด้านความขัดแย้ง($r = 0.628, p\text{-value} < 0.001$) และด้านความเสี่ยงภัย($r = 0.607, p\text{-value} < 0.001$) และบรรยากาศองค์การที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านการให้รางวัล ($r = 0.483, p\text{-value} < 0.001$)

การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.735, p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนจากองค์การรายด้านพบว่า การสนับสนุนจากองค์การที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุด คือ การสนับสนุนจากองค์การด้านวิธีการจัดการอยู่ใน ระดับสูง ($r = 0.705, p\text{-value} < 0.001$) นอกนั้นพบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านอื่นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านบุคลากร ($r = 0.685, p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์($r = 0.676, p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านงบประมาณ($r = 0.562, p\text{-value} < 0.001$)

6. บรรยายการสะท้อนและการสนับสนุนจาก องค์กรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงาน กระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 1 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเกี่ยวกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	B	Beta	t	P-value	R	R ²	R ² Change
1. การสนับสนุนจากองค์กรด้าน วิธีการจัดการ	0.248	0.311	3.838	< 0.001	0.705	0.498	-
2. บรรยายการสะท้อนด้านความ สามัคคี เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน	0.268	0.352	3.977	< 0.001	0.760	0.577	0.079
3. บรรยายการสะท้อนด้าน ความรับผิดชอบ	0.235	0.298	4.185	< 0.001	0.785	0.616	0.039
4. บรรยายการสะท้อนด้าน การให้รางวัล	-0.267	-0.396	-4.673	< 0.001	0.807	0.652	0.036
5. บรรยายการสะท้อนด้าน ความอบอุ่น	0.235	0.300	3.196	0.002	0.823	0.677	0.025

ค่าคงที่ = 1.134 , F = 54.173 , P-value < 0.001 , R = 0.823, R² = 0.677 , R²_{adj} = 0.665

การสนับสนุนจากองค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.70(S.D.=0.53) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านวิธีการจัดการ (p-value < 0.001) และภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีบรรยายการสะท้อนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75 คะแนน (S.D.=0.54) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า บรรยายการสะท้อนด้านความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(p-value< 0.001)

7. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 135 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 42 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 31.11 แยกเป็นรายด้านในการเสนอแนะ พบว่า บรรยายการสะท้อนด้านวิธีการจัดการ คิดเป็นร้อยละ 20.74 การสนับสนุนจากองค์กร คิดเป็นร้อยละ 23.70 ความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 19.25 ซึ่งรายละเอียด

บรรยายการสะท้อนด้านความรับผิดชอบ (p-value < 0.001) บรรยายการสะท้อนด้านการให้รางวัล(p-value = 0.006) และบรรยายการสะท้อนด้านความอบอุ่น (p-value < 0.001) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าทั้ง 5 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 67.7

ของปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะได้รวบรวมจากแบบสอบถามปลายเปิดที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลไว้

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อพิจารณาระดับบรรยายการสะท้อนของความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75(S.D.= 0.54) เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์กรของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=

0.53) การสนับสนุนจากองค์กรที่ดีเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้การบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากหน่วยงานมีนโยบายที่ชัดเจน และการสนับสนุนจากองค์กรที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยการนำปัจจัยต่างๆที่สำคัญมาผสมผสานกันอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจประกอบด้วย การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านวิธีการจัดการ จึงทำให้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก⁽¹⁰⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการวิจัยบางงานที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹¹⁾ เมื่อพิจารณาในระดับระดับความสุขของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การติดต่อสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย 4.00(S.D.=0.57) รองลงมาคือ ความรักในงาน ค่าเฉลี่ย 3.93(S.D.= 0.56) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความสำเร็จในงาน ค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D.=0.53) ความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการรับรู้ของพนักงานถึงสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ความรู้สึกเป็นสุขกับการกิจหลักหรือความชื่นชอบ อันเป็นผลมาจากการทำงานซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง เกิดความสุขจากประสบการณ์ที่ได้รับมองเห็นคุณค่า ได้ทำงานที่เกิดประโยชน์

บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.746, p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจาก บรรยากาศองค์กรเป็นปัจจัยที่สำคัญหนึ่งต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บรรยากาศองค์กรเป็นบรรยากาศในการทำงานและความสัมพันธ์ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากมีบรรยากาศองค์กรที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้ การปฏิบัติงานขององค์กรมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.735, p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์กรเป็นองค์ประกอบที่มีส่วนสนับสนุนให้พนักงานกระทรวงสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีส่วนสำคัญที่จะสนับสนุนให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องในระดับเดียวกันกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข⁽¹²⁾

บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลและถูกเลือกเข้าสมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 ได้แก่ บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา คือ ด้านความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ($p\text{-value} = 0.001$) ด้านความรับผิดชอบ ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านการให้รางวัล ($p\text{-value} < 0.001$) ด้านความอบอุ่น ($p\text{-value} = 0.02$) ซึ่งบรรยากาศองค์กรด้านความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ผู้ที่ปฏิบัติงานรับรู้เกี่ยวกับการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและให้ความสำคัญกับบุคคลอื่น ๆ ในองค์กร โดยมีการ

จัดลำดับขั้นตอนในการทำงานตามลำดับเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงนโยบายขององค์กร มีการถ่ายทอดนโยบายไปยังผู้ปฏิบัติเพื่อให้รับทราบและปฏิบัติตามไปในแนวทางเดียวกัน บรรยากาศขององค์กรด้านความรับผิดชอบ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับหน้าที่ความรับผิดชอบและการตัดสินใจในการปฏิบัติงานปฏิบัติงาน บรรยากาศขององค์กรด้านการให้รางวัล เป็นการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร ตลอดจนการพิจารณาความคิดเห็นความชอบและส่งเสริมความก้าวหน้าในงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า บรรยากาศขององค์กรด้านการให้รางวัลมีผลต่อความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽³⁾ บรรยากาศขององค์กรด้านความอบอุ่น เป็นการสร้างสัมพันธภาพในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า บรรยากาศขององค์กรด้านความอบอุ่นมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข

การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา คือ การสนับสนุนด้านวิธีการจัดการ (p-value = 0.001) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากรให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้ การปฏิบัติงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขถ้าหากมีรูปแบบการบริหารจัดการที่ดีก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสามารถทุ่มเทแรงกายแรงใจและความสามารถเพื่อให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านวิธีการจัดการมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(5,13,14)

จากผลการวิจัย พบว่า บรรยากาศขององค์กรและการสนับสนุนจากองค์กร มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยบรรยากาศขององค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อความสุข

ในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา และถูกเลือกเข้าสมการ คือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านวิธีการจัดการ (p-value < 0.001) บรรยากาศขององค์กรด้านความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (p-value = 0.001) บรรยากาศขององค์กรด้านความรับผิดชอบ (p-value < 0.001) บรรยากาศขององค์กรด้านการให้รางวัล (p-value < 0.001) บรรยากาศขององค์กรด้านความอบอุ่น (p-value = 0.006) สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 67.7

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรจัดโครงสร้างองค์กรที่สอดคล้องกับภาระงานที่มีอยู่และการปฏิบัติงานของบุคลากร
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรมีความรัก ความอบอุ่น และความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการมอบหมายงานให้สอดคล้องกับตำแหน่ง และมีความสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์ของจังหวัด
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการยกย่องชมเชยแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด หรือปฏิบัติงานดีเด่นในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรสนับสนุนสวัสดิการให้กับพนักงานกระทรวงสาธารณสุขให้เพียงพอ สอดคล้องกับสภาพปัญหาในแต่ละแห่ง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้างต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ชนะพล ศรีฤชา ขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ดร.บุญทวนกร พรหมภักดี และดร.สุพัฒน์ อาสนะ ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์ บัวผัน

อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตาอบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร และขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาทุกท่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อร่วมงานในสังกัดทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษาวិทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. **แผนพัฒนากระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559)**. กรุงเทพฯ: มปป.2556.
2. กระทรวงสาธารณสุข. **หลักการบริหารงานทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2557
3. กาญจนา พิทักษ์วณิชย์ และประจักษ์ บัวผัน. บรรยากาสงค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัย มข. (บัณฑิตศึกษา)**, 16(1), 2559. 90-103.
4. รัชนิกร กุญแจทอง, และชนะพล ศรีฤชา. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพจังหวัดขอนแก่น **วารสารสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 6 ขอนแก่น**, 19(2), 2555. 17-26.
5. สมหมาย ชาน้อย. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 7(3), 2558.129-136.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. **แนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2559 จังหวัดนครราชสีมา**. 2559
7. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Hillsdale, New York.: Lawrence Erlbaum Associates.Pub. 1988.
8. Likert, R. **The human organization : Its management and value**. New York: McGraw-Hill, 1967.
9. สำเร็จ จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น : ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
10. ญาณิน หนองหารพิทักษ์, และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 13(1), 2556. 99-111.
11. จิรัฐติกาล นาคอก และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารพัสดุของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (บัณฑิตศึกษา)**, 10(4), 2553.27-36.
12. ศุภชัย หมื่นมา, และประจักษ์ บัวผัน. การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข**, 13(2), 2557. 121-132.
13. ณัฐพงษ์ ศิลาลือ. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขใน จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 7(2),2557. 1-8.
14. ทิพย์วรรณ จุมแพง, กุหลาบ รังนัสธรรม, และวัลลภ ใจดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรในหน่วยงานระดับเขต กระทรวงสาธารณสุข. **วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา**, 7(2),2555. 38-52.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักของนักศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

PARTICIPATION IN REDUCING GREENHOUSE GAS EMISSIONS IN THE SIRINDHORN COLLEGE OF PUBLIC HEALTH DOMITORY KHONKAEN PROVINCE

อโนราช โยเลา¹ อุไรวรรณ อินทร์ม่วง²
Anorat Yoloa¹ Uraiwan Inmuong²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนและหลังใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และศึกษาปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของนักศึกษาเพื่อลดก๊าซเรือนกระจกของภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน วิเคราะห์ความรู้และการปฏิบัติโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการปล่อยก๊าซเรือนกระจกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการปฏิบัติในการมีส่วนร่วมมีผลทำให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ลดลงและการปฏิบัติตนของนักศึกษาเกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมีการปฏิบัติที่ดีขึ้น ดังนั้นสถานบันการศึกษาต่างๆ จึงควรให้มีการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพราะจะทำให้แก่นักศึกษามีพฤติกรรมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม ก๊าซเรือนกระจก

ABSTRACT

This is an action research which purpose is to study the participation of students staying in dormitories of Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen in the process of greenhouse gas emission and reduction. The study aimed to compare the quantitative amount of carbon footprint before and after interventions and to explore problems and obstacles experienced by the students during the participatory process. The study was conducted from May to June. Knowledge and practices were analyzed using descriptive statistics showing average, percentage, standard deviation and inferential statistics are the comparison of knowledge and practice using paired t-test statistics. Group discussions and in-depth interviews were analyzed with the use of content analysis.

The study indicated that the knowledge and practices before and after student participation in greenhouse gas emissions differed statistically significant ($p\text{-value} < 0.001$). The result also showed that students have improved practices in reducing greenhouse gas and carbon footprints during the process that lead to a better environment. Therefore, a student participatory process as such in reducing greenhouse gas emission should be made in educational institutions as it will more likely minimize greenhouse gas emissions.

Keywords: Participation. Greenhouse gas

¹ นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก(องค์การมหาชน) (2559)⁽¹⁾ ได้มีการศึกษาพบว่า สภาพภูมิอากาศของโลกในปัจจุบันอุณหภูมิของชั้นบรรยากาศได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเรียกปรากฏการณ์ว่า ภาวะเรือนกระจก (greenhouse effect) โดยการใช้พลังงานจากเชื้อเพลิงฟอสซิล โดยกิจกรรมของมนุษย์ต่างๆทำให้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้น ทำให้ชั้นบรรยากาศของโลกมีอุณหภูมิสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นหน่วยงานที่ตระหนักถึงภาวะโลกร้อน กรมอนามัยจึงได้ดำเนินการอย่างยั่งยืนและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อณรงค์ โครงการร่วมใจลดโลกร้อน คือกิจกรรมและกลยุทธ์หลัก GREEN & CLEAN มีวัตถุประสงค์ให้สถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขดำเนินกิจกรรมเพื่อลดภาวะโลกร้อนและสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาเพื่อเป็นต้นแบบในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก และเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับหน่วยงานอื่นๆ จากการดำเนินการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ในปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน มีสถานบริการสาธารณสุขเข้าร่วมโครงการ ซึ่งในการดำเนินการ สถานบริการกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นแบบอย่าง ในการลดโลกร้อน ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดี โดยมีการตระหนัก การมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม⁽²⁾

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีหน้าที่หลักคือ ผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งนักศึกษาที่อาศัยภายในหอพักภายในวิทยาลัย มีการใช้ไฟฟ้า การทิ้งขยะ ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโลกร้อนขึ้น โดยสถานการณ์การใช้ไฟฟ้าของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 มีแนวโน้มการใช้ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2560 และสถานการณ์ปริมาณของขยะภายในหอพัก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติ เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมี

นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้มีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกเดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงนักศึกษามีกิจกรรมและช่วงหยุดวันเสาร์และวันอาทิตย์ โดยไม่ได้มีการคัดแยก และไม่ได้มีการกำจัดที่เหมาะสม ดังนั้นผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของนักศึกษา เพื่อลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และเพื่อวางแผนจัดการแนวทางการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักต่อไป⁽³⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนและหลังใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็น นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นักศึกษาชายจำนวน 33 คนและนักศึกษาหญิงจำนวน130 คน ที่อาศัยภายในหอพักนักศึกษาชายและหอพักนักศึกษาหญิงวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่นอาศัยอยู่ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ.2560

ส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2.การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกรณี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การสนทนากลุ่มทำได้ไม่ครบประเด็น โดยเฉพาะถึงการทำ
ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สนับสนุนการมี
ส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก
ภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

3. การสนทนากลุ่ม (focus group discussions) การ
สนทนากลุ่มในงานวิจัยนี้เพื่อถกกันความคิดเห็นและหา
ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของการมีส่วนร่วมของนักศึกษาใน
การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่อาศัยภายในหอพัก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ในการลด
การปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยดำเนินการ 7 ขั้นตอนดังนี้

1. วัดความรู้ก่อนการมีส่วนร่วมโดยใช้
แบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด
ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด
2. ผู้วิจัยวัดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนการมีส่วนร่วม
โดยคำนวณตามสูตร การวัดปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์
เท่ากับ

Activity Data คูณด้วย Emission factor

Activity data เป็นข้อมูลกิจกรรมคือ 1.การใช้
ไฟฟ้า 2.การจัดเก็บ รวบรวมและขนถ่ายขยะชุมชน 3.การ
คัดแยกขยะชุมชนที่ก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก
โดยอ้อม

Emission factor เป็นค่าคงที่ที่ใช้เปลี่ยน Activity
data ให้เป็นค่าปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในการ
คำนวณหาการปล่อยก๊าซเรือนกระจกนั้น ข้อมูลปฐมภูมิ
และข้อมูลทุติยภูมิต้องถูกแปลงให้อยู่ในรูปปริมาณการ
ปล่อยก๊าซเรือนกระจก โดยนำมาคูณกับ emission factor
ของประเภทวัสดุ พลังงาน หรือกระบวนการนั้นๆ และ
แปลงค่าปริมาณก๊าซเรือนกระจกนั้นให้อยู่ในรูปของก๊าซ
คาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า โดยการนำไปคูณกับค่า
ศักยภาพในการทำให้โลกร้อนของก๊าซเรือนกระจกแต่ละ
ชนิด

ตาราง 1 Emission factor (ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก)⁽¹⁾

ชื่อ	หน่วย	ค่าแฟกเตอร์ (kgCO ₂ eq/หน่วย)	แหล่งข้อมูล อ้างอิง
การใช้ไฟฟ้า	กิโลวัตต์	0.6093	ThaiNational
	ต่อชั่วโมง (kWh)		LCIDatabase/ MTEC
การจัดเก็บ รวบรวมและ ขนถ่ายขยะ ชุมชน	กิโลกรัม	0.0079	ThaiNational
	(kg)		LCIDatabase/ MTEC
การคัดแยก ขยะชุมชน	กิโลกรัม	0.0096	ThaiNational
	(kg)		LCIDatabase/ MTEC

3. การดำเนินการมีส่วนร่วมครั้งที่ 1 คือ การ
วางแผน โดยเลือกวิธีการคือ 1.แบบสัมภาษณ์ (In-depth
interview) 2.แบบสนทนากลุ่ม (focus group discussions) เพื่อ
วางแผน กิจกรรมการมีส่วนร่วมของนักศึกษา

4. การดำเนินการมีส่วนร่วมครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยจะให้
ความรู้แก่นักศึกษาคือและดำเนินกิจกรรมการลดการปล่อย
ก๊าซเรือนกระจก โดยการดำเนินกิจกรรมการลดการใช้ไฟฟ้า
และการคัดแยกขยะ

5. ดำเนินการมีส่วนร่วมครั้งที่ 3 คือ การมีส่วนร่วม
ในการติดตาม ประเมินผล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussions)

6. วัดความรู้และการปฏิบัติหลังการมีส่วนร่วมโดย
ใช้แบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติ

7. ผู้วิจัยจะทำการวัดคาร์บอนฟุตพริ้นท์หลังการมี
ส่วนร่วมครั้งที่ 3 หลังดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมเป็นเวลา
1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์เชิง
พรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การ
วิเคราะห์เชิงพรรณนา เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติโดย
ใช้ สถิติ paired t-test ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-
depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group
discussions) ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นเป็นสถาบันอุดมศึกษาซึ่งผลิตนักศึกษาให้กับกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมี 4 หลักสูตรคือ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาทันตสาธารณสุข ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธาณสุขศาสตร์ สาขาเทคนิคสาธารณสุขและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาธารณสุขศาสตร์ สาขาปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลนักศึกษาจำนวน 163 คนซึ่งมีนักศึกษาชาย 33 คน ร้อยละ 26.38 และนักศึกษาหญิง 130 คน ร้อยละ 73.62 อายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี จำนวน 160 คน ร้อยละ 98.16 อายุ 21-30 ปีจำนวน 3 คน ร้อยละ 1.84 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 142 คน ร้อยละ 87.12 ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 21 คน ร้อยละ 12.88 ระดับการศึกษา จบมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 6 จำนวน 149 คน ร้อยละ 91.41 จบปริญญาตรี จำนวน 14 คน ร้อยละ 8.59

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกหรือไม่ พบว่า เคยจำนวน 163 คนคิดเป็นร้อยละ 100 รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อทางอินเทอร์เน็ตจำนวน 143 คนร้อยละ 87.73 โทรทัศน์จำนวน 69 คนร้อยละ 42.33 และวารสาร/เอกสารทางวิชาการจำนวน 19 คนร้อยละ 11.6 รับรู้ข่าวสารจากสื่อประเภทต่างๆมากน้อยเพียงใดพบว่า ทุกสัปดาห์ จำนวน 68 คนร้อยละ 41.7 ทุกเดือนจำนวน 95 คนร้อยละ 58.28 ให้ความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารมากน้อยเพียงใดพบว่า สนใจปานกลาง จำนวน 134 คนร้อยละ 82.21 สนใจน้อยจำนวน 20 คน ร้อยละ 12.27 สนใจมาก จำนวน 9 คน ร้อยละ 5.21

2. กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2.1 การมีส่วนร่วมในการวางแผน

2.1.1 ข้อเสนอแนะด้านการลดการใช้ไฟฟ้าและคัดแยกขยะรีไซเคิล 1) ติดป้ายประชาสัมพันธ์การประหยัด

พลังงานการใช้ไฟฟ้า 2) กระตุ้นจิตสำนึกนักศึกษาให้ตระหนักถึงภาวะโลกร้อน 3) สร้างนวัตกรรมขยะรีไซเคิล เช่น กล่องนมนำมาดักเป็นเลื้อย 4) รมรณรงค์ให้มีการคัดแยกขยะต้นทาง โดยมีถังขยะแยกประเภทคือ ถังขยะแห้ง ถังขยะเปียกและถังขยะรีไซเคิลประจำในแต่ละชั้นของหอพัก

2.1.2 ข้อเสนอแนะด้านการประสานความร่วมมือกับทางวิทยาลัย โดยเสนอแนะให้ทางวิทยาลัยซื้อถังขยะแบบแยกประเภทคือ ถังขยะแห้ง ถังขยะเปียก และถังขยะรีไซเคิล

2.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ นักศึกษาได้ข้อตกลงและหลักปฏิบัติร่วมกันในการประชุมเชิงปฏิบัติการในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าและการคัดแยกขยะ

2.2.2 ด้านการประหยัดพลังงานไฟฟ้า 1) ปิดหลอดไฟเมื่อไม่ใช้งาน 2) ไม่ชาร์ตแบตเตอรี่มือถือทิ้งไว้ทั้งคืน 3) จัดเวรปิดเปิดหลอดไฟบริเวณหอพัก บริเวณห้องน้ำ

2.2.3 ด้านการคัดแยกขยะ รมรณรงค์การคัดแยกขยะโดยใช้หลัก 3R คือ Reduce Reuse และRecycle

2.3 การมีส่วนร่วม ในการติดตามและประเมินผล 1) ทางวิทยาลัยได้มีการจัดซื้อถังขยะแยกประเภท คือ ถังขยะแห้ง ถังขยะ เปียกและถังขยะรีไซเคิลประจำในแต่ละชั้นของหอพัก 2) จากการประเมินผลพบว่า นักศึกษามีความรู้ และตระหนักถึงภาวะโลกร้อนมากขึ้น ทำให้มีการลดการใช้ไฟฟ้าเมื่อไม่จำเป็นและมีการคัดแยกขยะตามถังขยะที่ทางวิทยาลัยได้เตรียมไว้ 3) นักศึกษามีจิตสำนึกที่ดีในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าโดยจำนวนหน่วยไฟฟ้าลดลงหลังกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการและมีการคัดแยกขยะที่เหมาะสมทำให้ปริมาณขยะลดลง

2.4 ความรู้และการปฏิบัติของนักศึกษา มี เปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร มีความรู้ความเข้าใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และ $95\%CI=4.52- 4.95$

การเปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

นักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพัก นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธร มีความรู้ความเข้าใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) $95\%CI = 0.68-0.76$

2.5 การเปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนและหลังใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กิจกรรมที่ 1 คือ มีการใช้ไฟฟ้าลดลงทำให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนการมีส่วนร่วมในเดือนพฤษภาคมเท่ากับ 3,808.13 และปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ลดลงหลังการมีส่วนร่วมในเดือนมิถุนายนเท่ากับ 3,503.48

กิจกรรมที่ 2 คือ มีการจัดเก็บ รวบรวมและขนถ่ายขยะเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนการมีส่วนร่วมในเดือนพฤษภาคมเท่ากับ 0.81 และปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์เพิ่มขึ้นหลังการมีส่วนร่วมในเดือนมิถุนายนเท่ากับ 0.91

กิจกรรมที่ 3 คือ มีการคัดแยกขยะเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนการมีส่วนร่วมในเดือนพฤษภาคมเท่ากับ 0.03 และปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์เพิ่มขึ้นหลังการมีส่วนร่วมในเดือนมิถุนายนเท่ากับ 0.04

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 1) การใช้ไฟฟ้า 2) การจัดเก็บ รวบรวมและขนถ่ายขยะ 3) การคัดแยกขยะ ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2560

ตาราง 2 ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนและหลังใช้

กระบวนการมีส่วนร่วมของนักศึกษาภายในหอพักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

การมีส่วนร่วม	เดือน	การใช้ไฟฟ้า	การจัดเก็บ รวบรวมและขนถ่ายขยะ	การคัดแยกขยะ	ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์	
					ก่อน	หลัง
ร่วม	พฤษภาคม	3,808.13	0.82	0.03		
	มิถุนายน	3,503.48	0.91	0.04		

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซในภาพรวม พบว่านักศึกษาที่อาศัยภายในหอพักนักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นมีความรู้เกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอยู่ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับ อัญชลี พงศ์เกษม (2552)⁽⁴⁾ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการมีส่วนร่วมในการลดภาวะโลกร้อนของบุคลากรและนักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

การปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในภาพรวม พบว่านักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่นหลังการมีส่วนร่วมพบว่าอยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับ ปรีชา บุตรลาด (2557)⁽⁵⁾ จากผลการศึกษาพบว่า คาร์บอนฟุตพริ้นท์มีการลดลง หลังการมีส่วนร่วม จากกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า และการจัดการขยะ ของ โรงพยาบาลศิริรัตน์ะ จังหวัดศรีสะเกษ

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธร มีความรู้ความเข้าใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ($p\text{-value}=0.000$) ค่าเฉลี่ยผลต่าง เท่ากับ 4.72 ค่าเฉลี่ยผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.25 และ $95\%CI$; 4.52- 4.95

การเปรียบเทียบการปฏิบัติเกี่ยวกับการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวินิจฉัยการสาธารณสุขสิรินธร มีความรู้ความเข้าใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 (p -

value =0.000) ค่าเฉลี่ยผลต่าง เท่ากับ 0.72 ค่าเฉลี่ยผลต่าง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.25 ค่า 95%CI ; 0.68-0.76

การมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อย ก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำเป็นอย่างยิ่งจะต้อง ได้รับความร่วมมือจากนักศึกษาทุกคน ฝ่ายบริหารของ วิทยาลัย ในการกำหนดนโยบายและสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ถึงขยะ ในการคัดแยกขยะ เพื่อลดการปล่อยก๊าซ เรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษา

จากการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมในการลดการ ปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงมิถุนายน 2560 พบว่า นักศึกษาได้มีการลด การใช้ไฟฟ้า และมีการจัดการขยะที่ดี โดยมีการคัดแยก ขยะที่ต้นทาง สามารถลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกภายใน หอพักนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น ได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาที่เข้ามาพักอาศัยใน หอพักมีการคัดแยกขยะและการจัดการขยะอย่างยั่งยืน นักศึกษามีส่วนร่วมให้มากที่สุดเพื่อลดการใช้ไฟฟ้าและคัด แยกขยะเพิ่มมากขึ้น มีการศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการมี ส่วนร่วมของนักศึกษาในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ภายในหอพักนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นักศึกษาและอาจารย์ สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ขอนแก่นทุกท่านสำหรับกำลังใจความเข้าใจการดูแลและ การช่วยเหลือในด้านต่างๆด้วยดีเสมอมาสุดท้าย นี้หากมีข้อบกพร่องประการใดผู้วิจัยขออภัยไว้ด้วยความ ขอบขอบคุณยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). แนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์. 2559. ค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2559, <http://www.tgo.or.th>.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานบริการสาธารณสุขกับการประเมิน Carbon Footprint. 2553. ค้น เมื่อ 19 พฤษภาคม 2559, <https://www.anamai.moph.go.th>.
3. ฝ่ายบริหารทั่วไป วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. สถานการณ์การใช้ไฟฟ้าของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น. 2560.
4. อัญชลี พงศ์เกษม. การมีส่วนร่วมในการลดภาวะโลกร้อนของบุคลากรและนักศึกษาวินิจฉัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. 2552. ค้น เมื่อ 18 พฤษภาคม 2559, <https://www.yala.ac.th>.
5. ปรีชา บุตรลาด. การใช้เทคโนโลยีสะอาดเพื่อลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, 2557.

ภาวะเหล็กเกิน : การสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

Iron overload : Health promotion in children with thalassemia

บุญญภัทร์ ภูมิภู¹, สุพัตรา บัวที²

Boonyapat Poompu¹, Supatra buatee²

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางเรื้อรังในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีผลให้มีการเจริญเติบโตช้าและสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งแนวทางการรักษาที่สำคัญคือการใช้เลือด ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเหล็กเกิน ซึ่งแนวทางในการส่งเสริมภาวะสุขภาพดีคือลดการได้รับเหล็กเพิ่มและขับเหล็กออก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาขับเหล็กอย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ แนวทางการพยาบาลดังกล่าวจะทำให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

คำสำคัญ: ภาวะเหล็กเกิน ยาขับเหล็ก ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย

Abstract

Anemia in children with thalassemia lead to illness frequent illness, growth retardation, and losed image. Blood transfusion is necessary treatment. Which induce iron overload. Iron cheration and reduce iron consumption can improve health status. Drug administration is significant which increase treatment effectiveness reduced side effect symptoms, promoted compling on drug presumption and promoted health. These nurse should support patient practice to improve quality of life in children with thalassemia.

Keywords : iron overload , iron chelation , children with thalassemia

¹ อาจารย์ ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมและเป็นโรคที่พบบ่อย มีความรุนแรงเนื่องจากภาวะเม็ดเลือดแดงแตกเรื้อรังและต้องได้รับเลือด⁽¹⁾ จากรายงานของมูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย พบผู้ที่มีกรรมพันธุ์หรือยีนธาลัสซีเมียมากกว่า 20 ล้านคน และมีประชากรอย่างน้อยร้อยละ 35-40 ของประเทศเป็นพาหะของโรค ทำให้แต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ ปีละไม่ต่ำกว่า 10,000 ราย และมีผู้ป่วย 20,000 รายเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง⁽²⁾ ชนิดของโรคธาลัสซีเมียได้แก่ โรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้า ได้แก่โรค Homozygous β -thalassemia disease และ β -thalassemia/hemoglobin E disease และชนิดแอลฟา ที่พบบ่อยคือ โรค Hemoglobin H disease ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้า ซึ่งมีอาการแสดงทางคลินิกรุนแรงมากและปานกลาง กลุ่มที่มีอาการรุนแรงมากต้องให้เลือดรักษาตลอด เรียกว่าธาลัสซีเมียเมเจอร์ (thalassemia major) กลุ่มมีอาการปานกลางเรียกว่า ธาลัสซีเมียอินเตอร์มีเดีย (thalassemia intermedia) เช่น HbE β -thalassemia, HbH disease, HbAE Barts disease ส่วนกลุ่มที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการเลยเรียกว่า ธาลัสซีเมียไมเนอร์ (thalassemia minor) เช่น heterozygous state (กลุ่มที่เป็นพาหะ) หรือ homozygous HbE ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและปานกลางจะมีภาวะโลหิตจางมาก มีอาการเหนื่อยง่าย เจริญเติบโตช้า ตับและม้ามโต เจ็บป่วยบ่อย และมีใบหน้าเปลี่ยนแปลงแบบธาลัสซีเมีย⁽³⁻⁴⁾

ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีความทุกข์ทรมานจากอาการมากมายที่เกิดขึ้นทางกาย จากอาการข้างเคียงจากการรักษา และจากการรักษาที่ยาวนาน การเจ็บป่วยจึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและด้านสังคมด้วย ด้านร่างกายได้แก่ พัฒนาการทางร่างกายไม่เป็นไปตามวัย ตัวเหลือง ตาเหลือง คั่งจุกแบน โหนกแก้มสูง ท้องใหญ่ขึ้นเนื่องจากตับและม้ามโต พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเจ็บปวด ไม่สุขสบายร้อยละ 64 มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ร้อยละ 33 ด้านจิตใจได้แก่ รู้สึกเสียใจ รู้สึกโกรธตัวเอง รู้สึกเมื่อกับการรักษา รู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป มีภาวะเครียด ร้อยละ 67 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28-62 ด้านสังคมได้แก่

จะต้องอยู่แต่กับครอบครัวเนื่องจากมีร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง ครอบครัวจึงเป็นห่วงและมักไม่ค่อยให้ออกไปไหน จึงไม่ชอบเข้าสังคม เพราะมักจะถูกมองด้วยสายตาแปลกๆ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกแตกต่างและแปลกแยกจากผู้อื่น⁽⁵⁻⁹⁾

แนวทางรักษาโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรงหรือชนิดของโรค ประกอบไปด้วย 1. การรักษาไม่เฉพาะ ได้แก่ การรักษาสุขภาพทั่วไปเกี่ยวกับอาหาร การพักผ่อน การทำกิจกรรม การรักษาด้วยการเสริมวิตามิน การให้ฮอร์โมนเสริม 2. การรักษาเฉพาะ ได้แก่ การให้เลือด การให้ยาขับธาตุเหล็ก การตัดม้าม และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงการรักษาให้หายขาดจำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell transplantation) ซึ่งปัจจุบันยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถกระทำได้ในผู้ป่วยทุกรายและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาก่อนข้างสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการเจริญเติบโตช้าและมีอายุสั้น การรักษาด้วยการให้เลือดสม่ำเสมอ การได้รับยาขับธาตุเหล็ก การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดและการได้รับยา มีเป้าหมายเพื่อลดภาวะเหล็กเกินจากการได้รับเลือด ทำให้เด็กมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตปกติและมีอายุยืนยาวขึ้น⁽¹⁰⁻¹¹⁾ เนื่องจากภาวะเหล็กเกินเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งภาวะเหล็กเกินในผู้ป่วยธาลัสซีเมียเกิดได้จากการได้รับเลือด และการได้รับธาตุเหล็กจากทางเดินอาหาร⁽¹²⁾ ภาวะเหล็กเกินจะส่งผลต่อเซลล์ในหัวใจ ตับและต่อมไร้ท่อ ก่อให้เกิดโรคและภาวะอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ได้แก่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง หัวใจวาย โรคตับแข็งหรืออาจรุนแรงถึงขั้นล้มเหลวได้ ต่อต่อมไร้ท่อทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการเจริญเติบโตช้าหรือเตี้ย มีการเป็นหนุ่มเป็นสาวช้า โรคเบาหวาน โรคพร่องไทรอยด์ พร่องพาราไทรอยด์และโรคกระดูกบาง^(2,11,13-19) จากผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาดังกล่าวข้างต้น จำเป็นต้องให้การดูแลรักษาสนับสนุนให้ผู้ป่วยเด็กมีความรู้และทักษะการจัดการดูแลตนเองเพื่อลดผลกระทบจากโรคและการรักษา รวมถึงภาวะเหล็กเกิน โดยจำเป็นต้องปรับการดูแลสุขภาพภายใต้การเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถปฏิบัติตัว และเพื่อให้ได้รับผลจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานยา อาหาร กิจกรรมการพักผ่อน การเรียน ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้และทักษะชีวิตอยู่ร่วมกับโรค

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ป้องกันผลกระทบที่ทำให้เกิดข้อจำกัดทางพัฒนาการในวัยเด็ก ซึ่งแนวทางในการลดผลกระทบที่เกิดจากภาวะเหล็กเกินเป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ภาวะเหล็กเกิน : ปัจจัยสู่ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ภาวะเหล็กเกิน หมายถึง การที่ร่างกายมีธาตุเหล็กสะสมอยู่มากในอวัยวะ และเนื้อเยื่อต่างๆ มากกว่าปกติ และเหล็กที่สะสมนั้นเป็นพิษและส่งผลเสียต่อการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และเป็นเหตุที่ทำให้อายุขัยสั้นลง หรือเสียชีวิตได้⁽¹⁰⁾ ภาวะเหล็กเกินเกิดจากการได้รับเหล็กเพิ่มจากการให้เลือดและจากอาหาร ในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากทางเดินอาหารเพิ่มขึ้นจากภาวะซีดเรื้อรัง และจากการได้รับเลือด⁽¹²⁾ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดเป็นประจำนั้น เลือด 1 ยูนิตจะมีธาตุเหล็กอยู่ในปริมาณ 200-250 มิลลิกรัม⁽¹⁷⁾ โดยเลือดแดง 1 มิลลิตรมีธาตุเหล็ก 1.16 มิลลิกรัม ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับเลือด 10-20 ยูนิตต่อปี จะมีภาวะเหล็กเกิน 0.4-0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน หรือ 1 กรัมต่อเดือน⁽¹⁶⁾ ซึ่งคิดเป็น 100-150 เท่า ของปริมาณธาตุเหล็กปกติที่ร่างกายได้รับจากการดูดซึมผ่านระบบทางเดินอาหารในแต่ละวัน ซึ่งร่างกายมนุษย์ไม่มีกลไกในการกำจัดธาตุเหล็กที่เกินออกไป ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นประจำ (transfusion dependent thalassemia) จึงมีภาวะเหล็กเกินได้ สำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียกลุ่มที่ไม่ได้รับเลือดเป็นประจำ (transfusion independent thalassemia) ก็ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเหล็กเกินได้ เนื่องจากภาวะ ineffective erythropoiesis จะกระตุ้นให้เกิดการยับยั้งการหลั่งสารเฮพซิดินจากตับ ทำให้ไม่มีตัวควบคุมการดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้ จึงทำให้มีภาวะเหล็กเกินตามมา⁽²⁰⁾

การรักษาโดยการให้เลือดเป็นความจำเป็นที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียดำรงชีวิตอยู่ต่อไป และช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตจนกระทั่งเข้าสู่วัยรุ่น ช่วยลดความผิดปกติของอวัยวะและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น⁽²¹⁻²²⁾ ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทนอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ระดับฮีมาโตคริตก่อนได้รับเลือดสูงกว่าร้อยละ 24 ถ้าจะให้ผลการรักษาดีขึ้น ควรให้ระดับฮีมาโตคริตสูงกว่า

ร้อยละ 27-30 หรืออยู่ใกล้ระดับปกติคือร้อยละ 36 การให้เลือดอย่างต่อเนื่องทุก 3-6 สัปดาห์เพื่อรักษาระดับของฮีมาโตคริตไว้⁽¹¹⁾ การให้เลือดแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ⁽¹⁰⁾

1. การให้เลือดแบบประคับประคองในระดับต่ำ (low transfusion regimen) คือให้เลือดครั้งละ 10-12 มิลลิตรต่อกิโลกรัมต่อครั้ง เฉพาะเมื่อมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 กรัมต่อเดซิลิตร การรักษาด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการซีดอยู่และมีลักษณะหน้าตาเปลี่ยนแปลงแบบธาลัสซีเมียเจริญเติบโตช้า และยังมีม้ามโตจากภาวะซีดเรื้อรังได้

2. การให้เลือดเต็มที่ในระดับสูง (High transfusion regimen) คือการให้เลือดเพื่อรักษาระดับฮีโมโกลบินก่อนให้เลือดประมาณ 10 กรัมต่อเดซิลิตร โดยให้เลือดในปริมาณ 12-15 มิลลิตรต่อกิโลกรัมต่อครั้ง การรักษาดังกล่าวจะสามารถลดผลแทรกซ้อน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใบหน้า ลดภาวะม้ามโต และทำให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตและมีความสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติได้โดยเฉพาะในช่วง 10 ปีแรกของชีวิต

การรักษาด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยจะมีภาวะซีดลดลง สุขภาพโดยรวมดีขึ้น ผู้ป่วยจะแข็งแรง ไม่เหนื่อยง่าย มีการเจริญเติบโตใกล้เคียงกับเด็กปกติ ขนาดของม้ามไม่โตหรือยุบลง มีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกใบหน้าน้อยลง มีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตามการรักษาโดยการให้เลือด ผู้ป่วยต้องมารับเลือดอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์นัด ซึ่งผลที่ตามมาภายใน 12-18 เดือนหลังเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยจะมีภาวะเหล็กเกินจากเหล็กที่อยู่ในเม็ดเลือดแดงที่ได้รับ ซึ่งกลายเป็นปัจจัยที่หนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ภาวะเหล็กเกิน : กลไกการเกิดและผลกระทบ

1. กลไกการเกิดภาวะเหล็กเกิน เกิดจากเม็ดเลือดแดงจากเลือดที่ได้รับจะถูกทำลายโดยแมคโครฟาจ (macrophage) ในตับ ไชกระดูกและม้าม เหล็กที่แตกตัวจากฮีโมโกลบินจะถูกส่งไปไซโตซอล (cytosol) ซึ่งเหล็กส่วนใหญ่จะถูกสะสมในแมคโครฟาจ และเซลล์ตับ เนื่องจากพื้นที่ในแมคโครฟาจมีจำกัดทำให้ไม่สามารถเก็บเหล็กส่วนเกินได้หมด เหล็กส่วนเกินจึงเข้าสู่พลาสมา เมื่อความเข้มข้นของเหล็กในพลาสมาเพิ่มขึ้นจะมีการปล่อยทรานเฟอร์ริน (transferrin) เพื่อมาจับกับเหล็ก ทรานเฟอร์รินจะไปจับเหล็กเพื่อนำไปสะสมที่ parenchymal cell ของ

ดับและแมกโครฟาค โดยจะถูกจัดเก็บในรูปของเฟอร์ริติน (ferritin) เมื่อทรานเฟอร์รินอิ่มตัวจึงไม่สามารถจับเหล็กได้หมด เหล็กส่วนที่ไม่ถูกจับเรียกว่า non-transferrin bound iron (NTBI) ส่วนประกอบของ NTBI ที่สำคัญและก่อให้เกิดพยาธิสภาพคือเหล็กอิสระหรือ labile plasma iron (LPI) ซึ่งมีคุณสมบัติทำลายเนื้อเยื่อผ่าน oxidation process โดยการสร้างสารอนุมูลอิสระ (free hydroxyl radical) นอกจากนี้ฮีโมลิเทอริน (hemosiderin) ซึ่งเป็น insoluble iron complex ยังไปสะสมในเซลล์ที่เฉพาะคือเซลล์ตับ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ของต่อมใต้สมองส่วนหน้า เมตาเซลล์ในตับอ่อน ส่งผลให้เซลล์ได้รับอันตราย สูญเสียหน้าที่และเกิดกระบวนการตายของเซลล์ในอวัยวะนั้นๆ ทำให้การทำงานของอวัยวะบกพร่องและรุนแรงถึงขั้นล้มเหลวได้⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

2. ผลกระทบจากภาวะเหล็กเกิน^(10-11,14,16-19) เมื่อร่างกายมีภาวะเหล็กเกิน เหล็กส่วนที่เกินจะส่งผลเสียต่อการทำงานของเซลล์ในอวัยวะต่างๆเช่น ตับ หัวใจ ไต และระบบต่อมไร้ท่อ นำไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ดังนี้

ผลกระทบต่อหัวใจ ภาวะเหล็กเกินทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง(cardiomyopathy) ภาวะหัวใจวายและหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่มีภาวะธาตุเหล็กเกิน นอกจากนี้ยังพบโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (myocarditis) ในผู้ป่วยธาลัสซีเมียมากกว่าประชากรทั่วไป ลักษณะสำคัญคือการเสื่อมลงของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย ตามมาด้วยภาวะหัวใจวายและเสียชีวิตในที่สุด

ผลกระทบต่อตับ เกิดปัญหาตับแข็ง(cirrhosis)และ/หรือพังคืด (fibrosis) การทำงานของตับบกพร่องหรือรุนแรงถึงขั้นล้มเหลว ทำให้การสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือดบกพร่อง เกิดปัญหาเลือดออกง่าย รวมทั้งการสร้างปัจจัยเกี่ยวกับการละลายลิ่มเลือดบกพร่อง เกิดปัญหาลิ่มเลือดอุดตัน⁽¹¹⁾ อุบัติการณ์ของมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma, HCC) พบได้ร้อยละ 2 ในกรณีที่มีซีรั่มเฟอร์ริตินมากกว่า 800 mg/mL และความเข้มข้นของธาตุเหล็กในตับ (LIC) มากกว่า 5 mg Fe/g แนะนำให้ตรวจกรองมะเร็งตับโดยตรวจ alpha-feto protein ทุก 12 เดือนและอัลตราซาวด์ตับเป็นระยะ⁽²¹⁾

ผลกระทบต่อต่อมไร้ท่อ ปัญหาโรคต่อมไร้ท่อที่เกิดในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย มีสาเหตุมาจากความรุนแรงของโรคและการสะสมของเหล็กในต่อมไร้ท่อต่างๆ ทั่วร่างกาย ปัญหาต่อมไร้ท่อที่พบในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคธาลัสซีเมียคือ 1) การเจริญเติบโตช้าหรือตัวเตี้ย 2) การเป็นหนุ่มสาวช้ากว่าปกติ(delayed puberty) 3) โรคเบาหวาน(impaired glucose tolerance) 4) โรคพร่องไทรอยด์ (hypothyroidism) 5) โรคพร่องพาราไทรอยด์ (hypoparathyroidism) 6) โรคกระดูกบาง (osteopenia)⁽¹¹⁾ มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่ามีพยาธิสภาพของต่อมไร้ท่ออย่างน้อย 1 ต่อม ร้อยละ 49.4-57.4 และพบมากกว่า 1 ต่อม ร้อยละ 29.7-36.5 พบการเป็นหนุ่มสาวช้า ร้อยละ 41.6-83.9 พร่องฮอร์โมนพาราไทรอยด์ ร้อยละ 10.1-11.5 พร่องไทรอยด์ ร้อยละ 4.25-10.5 เบาหวาน ร้อยละ 2.12-13 มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 6.1⁽²²⁻²⁴⁾

ภาวะเหล็กเกิน : การป้องกันหรือการชะลอด้วย แนวทางการรักษาสำคัญของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียคือการให้เลือด ดังนั้นภาวะเหล็กเกินจากการได้รับเลือดเป็นสิ่งที่ไม่ดี แต่สามารถชะลอการเกิดได้ด้วยการลดการได้รับเหล็กจากแหล่งอื่น และการออกกำลังกายนี้นี้^(13,25)

1. แนวทางในการรับประทานอาหารเพื่อชะลอ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียควรได้รับอาหารที่ไม่เพิ่มธาตุเหล็ก ดังนั้นอาหารที่รับประทานจึงมีทั้งอาหารที่ต้องจำกัดปริมาณและอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่

อาหารที่ควรจำกัดหรือหลีกเลี่ยง

ธาตุเหล็กในอาหารมี 2 รูปแบบคือ ฮีม (heme-iron) ซึ่งพบในเนื้อสัตว์และไม่ใช้ฮีม (non-heme-iron) ซึ่งพบมากในพืช โดยเหล็กในรูปของฮีมจะถูกดูดซึมได้ดีกว่าในรูปที่ไม่ใช่ฮีม เนื้อสัตว์จึงเป็นแหล่งสำคัญของเหล็กที่สามารถถูกดูดซึมไปใช้ได้ดี อาหารที่มีธาตุเหล็กได้แก่ เนื้อสัตว์ ปลา ไก่ กุ้ง บางส่วนของสัตว์ปีกเช่น ส่วนที่เป็นนมและปีก ตับและไต อาหารเหล่านี้ควรรับประทานในปริมาณที่จำกัด แต่สามารถบริโภคโปรตีนจากพืชแทนเนื้อแดงได้

อาหารในรูปที่ไม่ใช่ฮีมได้แก่ ไข่ ชอคโกแลต ธัญพืช ผัก ผลไม้ รากและพืชหัวใต้ดินเช่น มะเขือเทศและแครอท ผลไม้แห้งเช่น ลูกเกด ลูกพีช ลูกพลัม อาหารเหล่านี้จะถูกดูดซึมน้อยกว่าอาหารที่อยู่ในรูปฮีมหรือคิดเป็นร้อยละ 3-8 ของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เหล็กที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย อาหารกลุ่มนี้มีหลากหลายดังนั้น จึงเป็นการยากในการหลีกเลี่ยง

วิตามินซีเป็นปัจจัยในการเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก วิตามินนี้จะอยู่ในผลไม้โดยเฉพาะพืชตระกูลส้มและมะเขือเทศ มีอยู่ในผักเช่น ผักชีฝรั่ง พืชน้ำ ตันหอม ผักชีลาว กะหล่ำดอก ฟริกไทย การรับประทานส้มหรือผัก 100 กรัมจะเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็กถึงสองเท่า ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีหลังอาหารทันที แต่ควรรับประทานเป็นมื้อว่าง การรับประทานปริมาณน้อยๆจะช่วยยับยาคีเลตเฟอร์อกซามีน (desferoxamine) ออกจากร่างกาย

หลีกเลี่ยงอาหารหรือวิตามินที่มีเหล็กเสริม หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้ตับถูกทำลายเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาโรคตับจากพยาธิสภาพของภาวะเหล็กเกินดังกล่าวข้างต้น

อาหารที่ควรรับประทาน

นม ชีสและโยเกิร์ตจะลดการดูดซึมธาตุเหล็ก อย่างไรก็ตามแคลเซียมในอาหารเหล่านี้ก็เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของผู้ป่วย ดังนั้นควรรับประทานอาหารเหล่านี้ร่วมกันได้แก่ กาแฟกับนม นมกับชา ชีสกับแซนวิช ชีสกับสเปกเก็ตต์ โยเกิร์ต ข้าวและนม ซึ่งจะดีต่อผู้ป่วยธาลัสซีเมีย

ข้าว ข้าวสาลี ข้าวโพด ข้าวโอ๊ตและพืชตระกูลถั่วจะลดการดูดซึมธาตุเหล็กในอาหารที่อยู่ในรูปไม่โซลิม ดังนั้นจึงเป็นการดีในการที่จะรับประทานพืชเหล่านี้ในอาหารประจำวัน

วิตามินอีจะช่วยลดอันตรายของเซลล์ ซึ่งมีอยู่ในอาหารจำพวกข้าว ผลไม้เช่น ลูกพีช หน่อไม้ฝรั่ง ไขมันจากสัตว์ น้ำมันพืชเช่น น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันมะกอก ข้าวโพด ถั่ว นมถั่วเหลือง ผักจำพวกกะหล่ำปลี

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะเป็นหนึ่งในวิธีเพิ่มความทนและลดผลกระทบจากเหล็กเกินในหัวใจ ปรับการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยลดภาวะเหล็กเกินและลดการดูดซึมเหล็กจากทางเดินอาหาร

หลักการออกกำลังกายคือ ค่อยๆเพิ่มทั้งความหนักและระยะเวลา ควรออกกำลังกายแบบเบาๆ มีการวอร์มก่อน 5-

10 นาที อาจเริ่มจากการเดิน 15 นาที ค่อยๆเพิ่มระยะเวลานานขึ้นเป็น 30 นาที ควรออกกำลังกายเกือบทุกวันหรือทุกวันในหนึ่งสัปดาห์ จะช่วยเพิ่มความทน ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการหยุดออกกำลังกายอย่างทันทีทันใด หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในที่เย็นหรือร้อนจัดหรือมีอากาศชื้น หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่รัดแน่นเพราะจะทำให้สูญเสียความร้อน ควรดื่มน้ำก่อนและหลังออกกำลังกาย หากมีอาการแสดงของโรคหัวใจ เช่น เจ็บหน้าอก แขน มือและขากรรไกร มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ รู้สึกเหมือนจะเป็นลม ใจสั่น หายใจสั้น ควรหยุดออกกำลังกายและไปพบแพทย์ใกล้บ้าน

ภาวะเหล็กเกิน : แนวทางการดูแลรักษา

1. การให้ยาขับเหล็ก (Iron chelation) ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียจะมีภาวะเหล็กเกินจากการดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มจากระบบทางเดินอาหารและจากการได้รับเลือด โดยเลือด 1 มิลลิลิตร จะมีธาตุเหล็ก 1.16 มิลลิกรัม ดังนั้นผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นประจำ เมื่อมีภาวะเหล็กเกินจะต้องได้รับการรักษาด้วยยาขับเหล็กร่วมด้วยเสมอเป็นเวลานาน การพิจารณาเลือกให้ยาขับเหล็กขึ้นกับความสามารถในการขับเหล็กของยา ค่าครึ่งชีวิตของยา วิธีการบริหารยาฤทธิ์ไม่พึงประสงค์จากยา อายุของผู้ป่วย ระดับธาตุเหล็กในเลือด ปริมาณธาตุเหล็กในตับและหัวใจ ชนิดของโรคโลหิตจาง โรคแทรกซ้อนของผู้ป่วย ประวัติการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และราคา (26-27)

ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดเป็นประจำจะส่งผลให้มีภาวะเหล็กเกินตามมา เนื่องจากมนุษย์ไม่มีกลไกในการขับเหล็กส่วนเกินออกจากร่างกาย (16,19) ดังนั้นการรักษาด้วยการให้ยาขับธาตุเหล็ก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดโรคแทรกซ้อน เพิ่มอัตราการรอดชีวิตตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย (26) ทั้งนี้มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาขับเหล็กดังนี้ (10,16,27-28)

- ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเป็นประจำมากกว่า 1-2 ปี
- ความเข้มข้นของธาตุเหล็กในตับมากกว่าหรือเท่ากับ 7 มิลลิกรัมต่อหนึ่งกรัมของตับแห้ง
- ระดับเฟอร์ิตินมากกว่า 1,000 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร
- ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดมาแล้วมากกว่า 15 ครั้ง

2. พยายามกับการบริหารยา ขยับเหล็กจะดีเพียงใดก็ ตามหากมีการบริหารยาไม่เหมาะสม การขยับเหล็กก็จะไม่เกิด ประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้น เพื่อให้การขยับเหล็กมี ประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดอาการข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด พยายามจึงควรมีการบริหารยาอย่างเหมาะสมดังนี้^(10,16,26-30)

2.1 ยารับประทาน ยารับประทานที่ใช้ในการขยับ เหล็กมี 2 ชนิดคือ ดีเฟอราซิรอกและดีเฟอริ โพรน ในการดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับยาและทำให้ยาเกิดผลดีต่อการรักษามีแนวทาง ดังนี้

1) ยาดีเฟอราซิรอก (deferasirox)
-สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัยในเด็กเล็กอายุมากกว่า 2 ปีขึ้นไป

- ยาจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็ว
- ขนาดยาที่ใช้ 20-40 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน
- รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยละลายยา 1 เม็ดในน้ำ ธรรมดา (ไม่ควรเป็นน้ำเย็นหรือน้ำร้อน แต่สามารถละลายใน น้ำส้มหรือน้ำแอปเปิ้ลได้) 1 แก้ว คนให้ยาละลาย ดื่มก่อน อาหารอย่างน้อย 30 นาที และควรรับประทานยาในเวลา เดียวกันของทุกวัน

- ไม่ควรเคี้ยวหรือกลืนยาทั้งเม็ด
- หากให้ยาร่วมกับกลุ่มยา NSAIDs ยาสเตียรอยด์ ไบ ฟอสโฟเนต (bisphosphonates) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) จะทำให้เสี่ยงต่อการระคายเคือง การมีแผล และการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร
- หากให้ยานี้ร่วมกับยา rifampicin , phenytoin, phenobarbital จะส่งผลให้ยาขยับเหล็กมีประสิทธิภาพลดลง และจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาขยับเหล็กมากขึ้น

- เก็บยาไว้ที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียสหรือ อุณหภูมิห้อง เก็บให้พ้นจากแสงและความชื้น
- หากลิ้มรับประทานยา ควรรับประทานทันทีเมื่อนึก ขึ้นได้ แต่ถ้าหากใกล้เวลาในการรับประทานยามือถือไปควร ข้ามยามือถือที่ลิ้ม และให้รับประทานยามือถือไปตามปกติ โดย ไม่ต้องเพิ่มยาเป็น 2 เท่า

- ยาจะถูกขับออกทางอุจจาระ
- อาการไม่พึงประสงค์ประกอบไปด้วย (1) คลื่นไส้ อาเจียน (2) ผื่นที่ผิวหนัง (skin rash) (3) ระบบไต พบไข้วขาว

ในปัสสาวะ การทำงานของไตผิดปกติ ครีเอตินินในเลือด สูงขึ้น (ขึ้นกับขนาดยาที่ได้รับ) (4) เอนไซม์ตับสูงขึ้น (5) ระบบประสาท: ปวดศีรษะ⁽³¹⁾

- การเฝ้าระวังและติดตาม : ความสมบูรณ์ของเม็ด เลือด (complete blood count, CBC) จำนวนเม็ดเลือดแดงตัว อ่อน (reticulocyte count) ระดับเฟอร์ิติน การทำหน้าที่ของไต และตับ ควรติดตามทุกเดือน

2) ยาดีเฟอริ โพรน (deferiprone)
- สามารถใช้ได้ตั้งแต่กอายุ 6 ปีขึ้นไป

- ยาจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วและมีค่าครึ่งชีวิตสั้น
- ขนาดยาที่ใช้ 75 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน
- ให้วันละ 3 ครั้ง โดยรับประทานได้ทั้งช่วงท้องว่าง หรือหลังรับประทานอาหาร เพราะอาหารไม่มีผลต่อปริมาณ ยาที่ร่างกายดูดซึม

- สามารถบริหารยาโดยให้ร่วมกับยาเคสเฟอโรกซา มินได้

- ยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะ
- แนะนำให้รับประทานยาที่มีส่วนประกอบของ อลูมิเนียม แมกนีเซียม แคลเซียมและซิงค์ ห่างจากการ รับประทานยาดีเฟอริ โพรนอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เนื่องจากจะมี ผลลดการดูดซึมยาเข้าสู่ร่างกาย

- อาการไม่พึงประสงค์ประกอบไปด้วย (1) ปวดมวน ท้อง คลื่นไส้ อาเจียน พบได้ร้อยละ 3-30 ส่วนมากพบใน 2 สัปดาห์แรกของการได้ยา (2) ตับผิดปกติ เอนไซม์ตับ ALTs สูงขึ้น (3) ปวดข้อ (Arthropathy) และข้อบวม พบได้ร้อยละ 4-17 (4) ปัสสาวะอาจมีสีเข้มขึ้น เป็นสีน้ำตาล-แดงเข้มได้ (5) เม็ดเลือดขาวต่ำ Agranulocytosis (absolute neutrophil count < 500 mm³) Neutropenia (absolute neutrophil count < 500-1,500 mm³) ซึ่งเป็นฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง พบได้ร้อยละ 1 ภาวะดังกล่าวจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อและมักเป็นเชื้อที่ มีความรุนแรงที่ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ หากพบภาวะนี้ แพทย์จะพิจารณาหยุดยาทันทีและให้การรักษาใน โรงพยาบาล

- การเฝ้าระวังและติดตาม : ความสมบูรณ์ของเม็ด เลือด (complete blood count, CBC) เดือนละครั้ง ระดับเฟอร์ิติน การทำหน้าที่ของไตและตับ ควรติดตามทุก 3 เดือน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

2.2 ยาฉีด ยาฉีดที่ใช้ในการขับเหล็กคือ เดสเฟอร์อกซามีน มีแนวทางในการบริหารดังนี้

1) ยาเดสเฟอร์อกซามีน (desferioxamine)

แนวทางในการบริหารยา เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ดูแลฉีดเข้าใต้ผิวหนัง ซ้ำๆ 8-12 ชั่วโมง 5-7 วัน ต่อสัปดาห์ หรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ตลอด 24 ชั่วโมง

ยาจะให้ในผู้ใหญ่และเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป ขนาดในการให้ยา 20-60 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน

ยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะและอุจจาระ

อาการไม่พึงประสงค์ประกอบไปด้วย (1) เจ็บและมีปฏิกิริยาเฉพาะที่ เช่น บวม แดง และคัน อาการนี้จะหายเองภายใน 24 ชั่วโมง โดยสามารถประคบบริเวณที่บวมด้วยน้ำอุ่น (2) ภาวะแทรกซ้อนทางตา เช่น มองไม่เห็นตอนกลางคืน การมองเห็นสี ลานสายตาและความชัดลดลง (3) การได้ยินลดลง (hearing loss) (4) การเจริญเติบโตช้าและกระดูกผิดปกติ ซึ่งพบในเด็กที่ได้รับยาขนาดสูง

และต้องมีการเฝ้าระวังและติดตาม : การได้ยิน มองไม่เห็น ตอนกลางคืน หรือการมองเห็นพร่ามัว การเจริญเติบโต ดังนั้นจึงควรทดสอบการมองเห็นและการได้ยินตามแนวปฏิบัติปกติ

ผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียต้องได้รับยาขับเหล็กเป็นครั้งคราวไปตลอดชีวิต ดังนั้นความร่วมมือในการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา ยาที่ใช้จึงควรเป็นยาที่สามารถให้ได้สะดวก มีประสิทธิภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถลดอัตราการตายจากภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียได้ อย่างไรก็ตามพบว่า การใช้ยาขับเหล็กในผู้ป่วยเด็กมีข้อจำกัด โดยพบว่าการใช้ยา desferioxamine เป็นยาฉีด มีค่าครึ่งชีวิตสั้น จึงจำเป็นต้องให้ยานานหลายชั่วโมง ทำให้การใช้ยาดังกล่าวเป็นไปได้ยาก จึงมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาอย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีความต่อเนื่องไม่มากเท่าที่ควร ในต่างประเทศมีส่วนของผู้ป่วยที่ใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เพียงจำนวนร้อยละ 59-69 สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 14 เท่านั้นที่มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมียมีความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาขับประทาน deferasirox มากกว่า

ยาฉีด desferioxamine⁽³²⁾ และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา deferasirox มีความต้องการการรักษาต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา desferioxamine⁽³³⁾

อาการไม่พึงประสงค์จากยาขับเหล็ก มีการศึกษาการใช้ยาขับประทาน deferiprone พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำชนิด agranulocytosis ร้อยละ 2 และมีเม็ดเลือดขาวต่ำชนิด neutropenia ร้อยละ 6-26⁽³⁴⁻³⁵⁾

ในต่างประเทศมีการศึกษาการใช้ยาขับเหล็กในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 2-17 ปี พบว่าผู้ป่วยใช้ยาขับประทาน deferasirox มากที่สุดร้อยละ 60.9 - 67.6 ใช้ยาฉีด desferioxamine เพียงร้อยละ 13.2 - 34.8 และน้อยที่สุดคือยาขับประทาน deferiprone ร้อยละ 7.5 - 13.5 สำหรับการให้ยาร่วมกันระหว่างยา desferioxamine และ deferiprone พบเพียงร้อยละ 2.7-15.1⁽³⁶⁾

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการใช้ยาขับเหล็กชนิดรับประทานมากกว่าชนิดฉีด อาจเนื่องมาจากการบริหารยาที่ง่ายกว่า มีความสะดวกเหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันและที่สำคัญคือไม่เจ็บตัว สำหรับยาขับประทานผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ใช้ยาดีเฟอราซิโรกมากกว่ายาดีเฟอริโพรน เนื่องมาจากการบริหารยาเช่นกัน การรับประทานยาเพียงวันละครั้งย่อมสะดวกกว่ารับประทานวันละ 3 ครั้ง ประกอบกับสามารถผสมยากับน้ำส้มหรือน้ำแอปเปิ้ลได้ยิ่งส่งผลให้มีรสชาติอร่อยเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้อาจเกิดจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่าจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

อาการไม่พึงประสงค์จากยาขับเหล็ก : การจัดการอาการ^(12,37)

อาการไม่พึงประสงค์จากยาขับเหล็กเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การได้รับยาขับเหล็กไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ครอบคลุมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์มีหลายอาการ ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะอาการที่พบได้บ่อยและการจัดการกับอาการดังนี้

ทางเดินอาหาร เพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับยาขับเหล็กในช่วงเวลาเย็นหรือช่วงที่ผู้ป่วยนอนหลับในระหว่างให้ออกฤทธิ์

ท้องร่วง ควรเพิ่มอาหารที่มีกากใย อาหารที่ได้จากรำข้าวและเมล็ดธัญพืช หากแพ้แลคโตสควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์จากนม คุณแม่เกี่ยวกับการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ อาจให้ยาต้านอาการท้องร่วงแต่ไม่แนะนำในผู้ป่วยเด็ก

คลื่นไส้/ อาเจียน คุณแม่เกี่ยวกับการรับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ปวดท้อง ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารเหลวใส ในปริมาณน้อยและสม่ำเสมอ หลังได้รับยาขับเหล็กในชั่วโมงแรกๆควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีลักษณะแข็ง ควรเลี่ยงการได้รับยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และกลุ่มยาที่ทำให้เสพติด เช่น ยาแอสไพริน ยาสูบ โฟฟีน

ผื่นผิวหนัง ผู้ป่วยเกิดอาการประมาณร้อยละ 8-10

มีผื่นขึ้นบริเวณลำตัวและหน้า ซึ่งมักจะเกิดในสัปดาห์แรกๆ หลังเริ่มให้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายและรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน อาจใช้ยาสเตียรอยด์หรือยาต้านฮิสตามีนที่ออกฤทธิ์นาน จนกว่าผื่นจะลดลงหรือหาย ผู้ป่วยบางคนผื่นอาจลดลงเมื่อได้รับยา แต่บางคนอาจเป็นภูมิแพ้หรือไวต่อสิ่งกระตุ้น

หากมีอาการมากขึ้นควรไปพบแพทย์

การได้รับยาต่อเนื่อง: ปัจจัยขัดขวางและการให้ความช่วยเหลือ จากปัญหาในการได้รับยาขับเหล็กที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเกิดจากการบริหารยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา ในที่นี้จะได้กล่าวถึงปัจจัยที่ขัดขวางการได้รับยาอย่างต่อเนื่องและแนวทางการช่วยเหลือดังนี้⁽³⁸⁾

ตาราง 1 ปัจจัยที่ขัดขวางการได้รับยาอย่างต่อเนื่องและแนวทางการช่วยเหลือ

ปัจจัยขัดขวาง	แนวทางการให้ความช่วยเหลือ
การขาดความเข้าใจ ความตระหนักต่อแนวทางที่จะต้องปฏิบัติ	ให้ความรู้และคำแนะนำอย่างเหมาะสมกับอายุ
การลืม	มีระบบการเตือน เช่น การเขียนเพื่อช่วยเตือนความจำ
ความไม่สะดวก	ทีมสุขภาพควรทำงานร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาให้ดีขึ้นและเหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
ความไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน	การบรรลุความสำเร็จต้องมีระบบเตือนความจำ เช่น เขียนตารางแผนการติดตามงานของตนเอง
อาการข้างเคียงจากการรักษา	หาแนวทางช่วยเหลือหรือปรับตัวเพื่อให้มีอาการข้างเคียงน้อยที่สุด
การรักษาที่ยาวนาน	ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการหากิจกรรมให้ทำระหว่างการรักษา
ความซับซ้อนในแนวทางการรักษา	ทีมสุขภาพควรช่วยกันทำแนวทางการรักษาให้ชัดเจนหรือทำให้เข้าใจง่ายขึ้น เช่น กำหนดตารางแผนการติดตามด้วยตนเอง โดยบันทึกแต่ละงานที่ทำสำเร็จแล้ว
การถูกตีตราจากสังคม	เป้าหมายในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยต่อสู้กับ โรคคือ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้พบกับผู้ป่วยอื่นที่เป็นโรคและมีปัญหาเดียวกัน
ขาดการควบคุมหรือการจัดการ	ให้ผู้ใหญ่มีส่วนร่วมและกำกับติดตาม
วัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา	ปรับการรักษาให้เหมาะสมกับความเชื่อและค่านิยมของครอบครัว
การเจ็บป่วยทางจิต	ให้การรักษาโรคทางจิตที่อาจจะแฝงหรือซ่อนอยู่
พยาธิสภาพทางจิตของครอบครัว	สนับสนุนให้ผู้ป่วยครองปฏิบัติหรือร่วมมือกันด้วยวิธีการสร้างสรรค์ เช่น ลดความขัดแย้ง หรือสื่อสารกันมากขึ้น
ขาดการสนับสนุนทางสังคม	ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแหล่งสนับสนุนรวมไปถึงคนในชุมชน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพบปะกับคนที่มมีอาการคล้ายหรือป่วยเป็นโรคเดียวกัน มีการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอของการฉีดยาขับเหล็ก ⁽³⁹⁾ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นได้รับยาขับเหล็กชนิดฉีดไม่ครบขนาด เกิดจากอุปสรรคด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้เอง คือการแสวงหาบุคคลอื่นเพื่อช่วยเหลือในการฉีดยาขับเหล็กเมื่อบิดา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 1 ปัจจัยที่ขัดขวางการได้รับยาอย่างต่อเนื่องและแนวทางการช่วยเหลือ

ปัจจัยขัดขวาง	แนวทางการให้ความช่วยเหลือ
	มารดาไม่สามารถฉีดยาให้ได้ ⁽⁴⁰⁾

ดังนั้นต่อให้ยาขับเหล็กมีประสิทธิภาพดีเพียงใดก็ตาม หากผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือ ยาก็จะไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการแนะนำให้ผู้ป่วยปกครองเห็นความสำคัญในการให้ยาขับเหล็ก ดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนให้บุตรเกิดความร่วมมือในการรักษา ช่วยกำกับติดตามการได้รับยาของบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการได้รับยาขับเหล็กและควรแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองควรได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเหล็กเกินและการรักษาด้วยยาขับเหล็กตั้งแต่เริ่มได้รับเลือด การให้ความรู้ควรทำอย่างต่อเนื่องและทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัด และควรประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยาขับเหล็ก¹⁶ และท้ายที่สุดพยาบาลควรส่งเสริมและช่วยเหลือให้ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สามารถผ่านอุปสรรคต่างๆ ไปได้ด้วยความเข้มแข็ง

สรุป

ภาวะเหล็กเกินในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญทุกคน เนื่องมาจากการรักษาที่ต้องได้รับเลือดและผลจากการดูดซึมเหล็กเพิ่มขึ้นในทางเดินอาหาร ดังนั้นการลดโรคแทรกซ้อนและอันตรายต่ออวัยวะสำคัญได้แก่ หัวใจ ตับและต่อมไร้ท่อจากภาวะเหล็กเกิน จึงทำได้เพียงการลดการเกิดภาวะเหล็กเกินโดยการลดการได้รับเหล็กเพิ่มจากแหล่งอื่น การออกกำลังกาย และเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเหล็กเกินเกิดขึ้นการรักษาที่สำคัญคือการให้ยาขับเหล็ก ดังนั้นการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวัง และดูแลอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการได้รับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียไม่ได้รับอันตรายจากภาวะเหล็กเกิน

เอกสารอ้างอิง

- Jana A, Gupta AD, Bhatyacharyya M, Sarkar BN. Correlation between nutritional status and clinical parameters among thalassaemic patients-A study of West Bengal. **Human Biology Review**. 5, 2016. 349-60.
- Viprakasit V, Lee Lee C, Chong QT, Lin KH, Khuhapinant A. Iron chelation therapy in the management of thalassemia: the Asian perspectives. **Int J Hematol**. 90, 2009. 435-45.
- อรุณี เจตศรีสุภาพ. ธาลัสซีเมีย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 28 ประจำปี 2555; 27(Suppl): 3-13.
- สารทิ ศิวงชู, มาลัย ว่องชาญชัยเลิศ, สุดารัตน์ คชวรรณ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดประจำที่โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 32(6), 2557. 353-63.
- สุทธิศา ไชยชนะ, พนมพร พุ่มจันทร์. ผลกระทบและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น : กรณีศึกษาผู้ป่วย ชมรมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. **วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์**. 9, 2558.
- Shaligram D, Girima, Girimaji SC, Chaturvdi SK. Psychological problems and quality of life in children with thalassemia. **Indian Journal of pediatrics**. 74, 2007. 727-30.
- มรกด สิทธิขันธ์แก้ว, นงลักษณ์ จินตนาคิด, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, อติชา พรัชญเขต โอว ของ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงก่อนความเครียดและอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย. **J Nurs Sci**. 30, 2012. 26-35.
- จิตติรัตน์ สิริพุทไธวรรณ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกเด็กโรคธาลัสซีเมียของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

- 9 Ghanizadeh A, Khajavian S, Ashkani H. Prevalence of psychiatric disorders, depression, and suicidal behavior in child and adolescent with thalassemia major. **J Pediatr Hematol Oncol.** 28, 2006. 781-4.
- 10 วิปร วิประกษิต. บทความพิเศษ “ธาลัสซีเมีย”: การดูแลรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ(Comprehensive Management for Thalassemia). **วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.** 23, 2556. 303-20.
- 11 อ่ำไพวรรณ จวนสัมฤทธิ์, พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา, สุเทพ วาณิชย์กุล. บทความพื้ในวิชา การรักษาภาวะธาตุเหล็กเกินในผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย. **วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.** 17, 2550. 275-90.
- 12 Porter J, Viprakasit V, Kattamis A. **Iron overload and chelation. In Guideline for the management of transfusion Dependent thalassaemia (TDT).**(Internet). (cited 2018 July 5). Available from: [https:// www. ncbi.nlm.nih. gov/ books/NBK269373](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269373).
- 13 Molazem Z, Noormohammadi R, Dokouhak R, Zakerinia M, Bagheri Z. The effects of nutrition, exercise, and a praying program on reducing iron overload in patients with beta-thalassemia major: a randomized clinical trial. **Iran J Pediatr.**26, 2016. 1-11.
- 14 Eckes EJ. Chelation therapy for iron overload: nursing practice implications. **J Infus Nurs.** 34, 2011. 1-12.
- 15 Brittenham GM. Iron-chelation Therapy for Transfusional Iron Overload. **N Engl J Med.** 364, 2011. 1-21.
- 16 International Association of Sickle Cell Nurses and Physician Assistants. **Nursing practice guidelines: care of the patient with sickle cell disease and iron overload.** 2008.
- 17 Barton JC. Chelation therapy for iron overload. **Curr Gastroenterol Rep.** 9, 2007. 74-82.
- 18 Porter JB. Concepts and goals in the management of transfusion iron overload. **Am J Hematol.** 82(12 suppl), 2007. 1136-39.
- 19 Gattermann N. The treatment of secondary hemochromatosis. **Dtsch Arztebl Int.** 106, 2009. 499-504.
- 20 Weatherall DJ, Clegg JB, editor. **The Thalassemia Syndromes.** 4thed. Oxford, United Kigdom: Blackwell Science; 2001.
- 21 กิตติ ต่อจรัส. บทความพื้ในวิชา การดูแลรักษาธาลัสซีเมีย (Comprehensive care of thalassemia). **เวชสารแพทย์ทหารบก.** 66, 2556. 179-88.
- 22 Isik P, Yarali N, Tavil B, Demirel F, Karacam GB, Sac RU, et al. Endocrinopathies in Turkish children with Beta thalassemia major: results from a single center study. **Pediatr Hematol Oncol.** 31, 2014. 607-15.
- 23 Al-Salehe QAA, Al-Awady MS, Abbass SK. Growth Retardation in β -Thalassemia Major. **THE TRAQI POSTGRADUATE MEDICAL JOURN.**2015. 267-73.
- 24 Sharma R, Seth A, Chandra J, Gohain S, Kapoor S, Singh P, et al. Endocrinopathies in adolescents with thalassaemia major receiving oral iron chelation therapy. **Paediatr Int Child Health.** 36, 2016. 22-7.
- 25 Mayo Clinic. **Hemochromatosis** (Internet). (cited 2018 July 5). Available from:[https://www. Ncbionlm. Nih.gou/PMC/article/PMC2657669](https://www.Ncbionlm.Nih.gou/PMC/article/PMC2657669).
- 26 วิปร วิประกษิต. **แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะเหล็กเกินด้วยยาดีเฟอริโพรน.** กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.: 2552.
- 27 สุชาดา นิลกำแหง วิลคินส์. ยาขับเหล็กที่ใช้ในโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย. **วารสารเพื่อการวิจัยและพัฒนา องค์การเภสัชกรรม.** 24,2560. 8-10.
- 28 กิตติ ต่อจรัส. บทความพื้ในวิชา คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยธาลัสซีเมีย. **เวชสารแพทย์ทหารบก.** 61, 2551. 101-5.
- 29 Aycicek A, Koc A, Bayram C, Abuhandan M. The impact of patient and parents. **education by Blood Transfusion.** 3, 2016. 48-53.
- 30 Mobarra N, Shanaki M, Ehteram H, Nasiri H, Sahmani M, Saeidi M, et al. A Review on Iron Chelators in Treatment of Iron Overload Syndromes. **Int J Hematol Oncol Stem Cell Res.** 10, 2016. 239-47.
- 31 ธนกร ทิริสมุท. โรคและยาใหม่ Deferasirox. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล.** 17, 2007. 144-9.
- 32 Cappellini MD, Cohen A, Piga A, Bejaoui M, Perrotta S, Agaoglu L, et al. A phase 3 study of deferasirox (ICL670), a once-daily oral iron chelator, in patients with beta-thalassemia. **Blood.** 107, 2006. 3455-62.
- 33 Cappellini MD, Taher A. Long-term experience with deferasirox (ICL670), a once-daily oral iron chelator, in the treatment of transfusion iron overload. **Expert Opin Pharmacother.** 9,2008. 2391-402.
- 34 El Alfy M, Sari TT, Lee CL, Tricta F, El-Beshlawy A. The safety, tolerability, and efficacy of a liquid formulation of deferiprone in young children with transfusional iron overload. **J Pediatr Hematol Oncol.** 32, 2010. 601-5.
- 35 Sripornsawan P, Pongtanakul B, Viprakasit V. Prospective clinical evaluation for serious adverse events and complications due to deferiprone (L-1) in Thai pediatric patients. **Journal of Hematol & Transfusion Medicine** 33. 2008.

- 36 Ceci A, Mangiarini L, Felisi M, Bartoloni F, Ciancio A, Capra M. **The management of iron chelation therapy: preliminary data from a national registry of thalassaemic patients(Internet)**. 2011(cited 2018 July 5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/435683>.
- 37 Brownlee JA, Carson SM, Mckiernan PM. Nursing considerations in the management of patients with chronic transfusional iron overload. **Oncology Nurse Advisor**. Suppl, 2010. S1-15.
- 38 Yamashita RC, Mednick LL, Haines D. **Psychological support**. In: **Cappellini MD, Cohen A, Porter J, Taher A, Viprakasit V, editors. Guidelines for the management of transfusion dependent thalassaemia (TDT)**. 3rd ed. Cyprus: Printed in Nicosia; 2014. P 210-23.
- 39 ทิศารัตน์ คูสุวรรณ, เลขา แพ่งนุเคราะห์, วนิดา ลีกำเนิดไทย, ดวงรัตน์ แสงพรายพรรณ, วิปร วิประกษิต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอของการฉีดยาขับธาตุเหล็กในผู้ป่วยเด็กโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย. **วารสารพยาบาลศิริราช**. 2: 2551. 1-14.
- 40 รัตนชฎาวรรณ อยู่นาค, ชุติกร ดำนุทธศิลป์. “การประสพกับความยากลำบากในการฉีดยาขับเหล็กให้ครบตามแผนการรักษา” ประสพการณ์การใช้ยาฉีดขับธาตุเหล็กที่บ้านของวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาการให้เลือด. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ** 5: ,2554. 10-20.

การเจริญสติกับโรคซึมเศร้า : มุมมองด้านสมองและประสาทวิทยา

Mindfulness Meditation and Depressive disorder: Brain and Neuroscience Perspective

วนิดา กมลกร¹, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ²

Wanida Kamolkorn¹, Chanokruthai Choearom²

บทคัดย่อ

สมมุติฐานสารสื่อประสาทโมโนเอมีน (Monoamine Hypothesis) อธิบายสาเหตุทางชีววิทยาของโรคซึมเศร้าในแง่การขาดสารสื่อประสาทสำคัญในสมอง อย่างไรก็ตาม สมมุติฐานนี้ยังไม่สามารถไขข้อข้องใจว่าทำไมต้องใช้เวลาถึง 2-3 สัปดาห์หลังได้รับยา จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงในอาการของโรคซึมเศร้า ทั้งที่ทางด้านเคมีสามารถออกฤทธิ์เพิ่มระดับสารสื่อประสาทได้ในเวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมง เพื่อไขข้อข้องใจนี้ นักวิชาการด้านสมองและประสาทวิทยา ได้ตั้งสมมุติฐานใหม่ว่าผู้มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของสมอง ทำให้สมองขาดความยืดหยุ่นไม่สามารถสร้างเซลล์ประสาทใหม่ได้ (Neurogenesis Hypothesis) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ สัมพันธ์กับความเครียดที่ยาวนาน ทำให้เซลล์ประสาทในสมองส่วน Hippocampus ฝ่อและตายลง ซึ่งพื้นที่สมองส่วน Dentate gyrus ใน Hippocampus สามารถสร้างเซลล์ประสาทใหม่ได้ การตายลงของเซลล์ประสาทในส่วนนี้ จึงส่งผลให้การผลิตสารสื่อประสาทลดลง จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่าการเจริญสติสามารถฟื้นฟูให้สมองกลับมามีความยืดหยุ่น โดยการสร้างเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้ปัจจุบันเกี่ยวกับสมองและประสาทวิทยาของภาวะซึมเศร้า และกระบวนการฟื้นฟูสมองด้วยการเจริญสติ รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในการประยุกต์ใช้การเจริญสติในการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ฮิปโปแคมปัส, ความยืดหยุ่นของสมอง, การเจริญสติ

Abstract

Monoamine Hypothesis describes biological etiology of depressive disorder in terms of brain neurotransmitter shortage. This hypothesis, however, cannot explain why it takes up to 2 – 3 weeks after starting medication to see changes in depressive symptoms despite the fact that antidepressants can extoll neurotransmitter level within a few hours. To solves this doubt, experts in brain and neuroscience has proposed a new hypothesis that depressed patients has structural and functional changes in their brain that affect its plasticity and the ability to generate new neurons. This changes related to prolong stress that causes apoptosis and neuronal death in hippocampal brain region. As Dentate gyrus area in Hippocampus is significant for neurogenesis, the death of neurons in this area can lead to depletion of neurotransmitters production, which then, leads to depression. This article aims to present the current body of knowledge on brain and neuroscience of depression as well as the brain recovery process by mindfulness meditation. Recommendation for nurses to apply mindfulness meditation to the care of depressed individuals are also addressed.

Keywords: Depression, Hippocampus, Brain plasticity, Mindfulness Meditation

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² Ph.D. (Nursing) อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่มีความแตกต่างหลากหลายทั้งในการแสดงออก (symptomatology) และปัจจัยสาเหตุ (Etiology) ทั้งจากพันธุกรรม สารเคมีในสมองผิดปกติ รวมทั้งปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม แนวทางการบำบัดรักษา โรคซึมเศร้านั้น จะใช้ยาต้านเศร้า (Antidepressants) เป็นหลัก ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial intervention) แบบต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาที่แตกต่างกันไป เช่น การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Therapy) การให้คำปรึกษา (Counselling) และการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Therapy) แต่ไม่ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า จิตสังคมบำบัด หรือยาต้านเศร้าควบคู่ไปกับการทำจิตสังคมบำบัด ก็พบว่าอัตราการตอบสนองต่อการรักษาก็ยังคงไม่เกิน 50% ส่งผลให้โรคซึมเศร่ายังคงเป็นปัญหาใหญ่ในระบบสาธารณสุข สะท้อนจากค่าภาระโรค (Burden of disease) ที่จัดอยู่ในลำดับสูง รวมทั้งผลกระทบตามมาที่รุนแรงจากความเสียหายในการฆ่าตัวตาย⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าขององค์ความรู้ด้านสมองและประสาทวิทยาในปัจจุบัน ทำให้นักวิชาการเข้าใจลักษณะพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้ามากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองและระบบประสาท เกิดเป็นสมมติฐานใหม่ในการอธิบายกระบวนการเกิดโรค การคิดค้นยาต้านเศร่ารุ่นใหม่ที่มีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างจากกลุ่มเดิม รวมถึงการบำบัดทางจิตสังคม โดยเฉพาะการบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมด้วยการเจริญสติเป็นฐาน (Mindfulness-based Cognitive Behavioural Therapy; MBCT) ที่พบว่าสามารถส่งเสริมให้เกิดกลไกการปรับสมดุลของสมองและระบบประสาทอีกด้วย

บทความทบทวนวิชาการนี้จะแบ่งเนื้อหาออกเป็นสามตอน โดยในตอนแรก ผู้เขียนจะอธิบายสมมติฐานกลไกการเกิดพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้าจากมุมมองของสมองและประสาทวิทยา เพื่อเป็นพื้นฐานในการนำเสนอในตอนที่ 2 เกี่ยวกับแนวคิดของการเจริญสติเพื่อฟื้นฟู

โครงสร้างและการทำงานของสมองและระบบประสาทในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนสรุปเป็นข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในการประยุกต์ใช้หลักการเจริญสติในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

จากสมมติฐานสารสื่อประสาทสู่สมมติฐานการขาดความยืดหยุ่นของสมอง

เมื่อประมาณ 60 ปีก่อนหน้านี้ สมมติฐานสารสื่อประสาทโมโนเอมีน (Monoamine Hypothesis) เป็นสมมติฐานหลักที่อธิบายสาเหตุด้านสารสื่อประสาทไม่สมดุลในภาวะซึมเศร้า⁽³⁾ โดยอธิบายว่า สารสื่อประสาทที่เหนี่ยวนำความสุขในสมอง (Happy brain chemicals) ซึ่งทำให้นุคนคลมีพื้นอารมณ์ที่ดี โดยเฉพาะนอร์อิพิเนเฟริน (NE) ซีโรโตนิน (5-HT) และโดปามีน (DA) นั้นมีปริมาณลดลงในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า^(4,5) จึงเป็นที่มาของหลักการบำบัดด้วยยาต้านเศร่ากลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI), Tricyclic Antidepressants (TCA), Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) และ Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI) เพื่อทำให้สารสื่อประสาทเหล่านี้เพิ่มขึ้น และลดอาการของภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม นักวิชาการพบข้อสงสัยว่าในทางทฤษฎีนั้น เมื่อบุคคลได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร่าเหล่านี้ ระดับสารสื่อประสาทจะเพิ่มขึ้นภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหลังได้รับยาเข้าไปภายในร่างกาย ขณะเดียวกันการออกฤทธิ์ของยาก็ควรจะส่งผลให้อาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในระยะเวลาพอกัน แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า การออกฤทธิ์ของยายังต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์ ซึ่งเป็นสิ่งที่นักวิชาการไม่สามารถไขข้อข้องใจได้ สมมติฐานการลดลงของสารสื่อประสาทโมโนเอมีนจึงยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุของโรคซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน⁽⁶⁾

จนเมื่อราว 20 ปีมานี้ นักวิชาการทางสมองและประสาทวิทยาพบข้อมูลใหม่ว่า สมองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร่ามีขนาดของฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) เล็กกว่าของผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ จึงได้ตั้งสมมติฐานว่าสาเหตุของโรคซึมเศร่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมอง โดยมีการสูญเสีย

เซลล์สมองในส่วน Hippocampus จะมีผลต่อความยืดหยุ่นของสมอง (Brain plasticity) เพราะ Hippocampus มีหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างและปรับความทรงจำให้ทันสมัยตามประสบการณ์การเรียนรู้ จึงเป็นโครงสร้างสมองที่มีลักษณะพิเศษ คือสามารถสร้างเซลล์ประสาทใหม่ได้ (Neurogenesis) โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เรียกว่า Dentate gyrus อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังจะเกิดการสูญเสียเซลล์ประสาทที่ Hippocampus ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองเสียสมดุลจนเกิดเป็นภาวะซึมเศร้า ดังนั้นสมมติฐานการบำบัดจึงเป็นการฟื้นฟูความสามารถของสมองในการสร้างเซลล์ประสาทใหม่ (Neurogenesis Hypothesis) สมมติฐานนี้นำไปสู่การพัฒนาายาด้านเสริมกลุ่มใหม่ที่เรียกว่า Atypical antidepressants มีกลไกการออกฤทธิ์กระตุ้นการสร้างเซลล์ประสาท ซึ่งรายงานวิจัยสนับสนุนว่า ยากลุ่มนี้ส่งผลต่อการแบ่งตัวและพัฒนาเซลล์ประสาทใน Hippocampus จึงสามารถป้องกันการฝ่อของสมองส่วนนี้ได้ โดยกลไกการออกฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ ต้องอาศัยระยะเวลาและการได้รับยาอย่างต่อเนื่องหลายสัปดาห์ สมมติฐานนี้จึงสอดคล้องกับข้อสังเกตทางคลินิกที่จะเห็นผลทางการรักษาของยาต้านเศร้าได้ก็ต่อเมื่อให้ยาแก่ผู้ป่วยไปแล้วเป็นเวลา 2 – 3 สัปดาห์⁽⁸⁾

สมองที่ยืดหยุ่นปรับตัวเองได้

นักวิชาการด้านสมองและประสาทวิทยาในสมัยก่อนนั้นเชื่อว่า สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่เฉพาะอย่าง หากสมองส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับความเสียหาย บุคคลก็จะสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองเฉพาะในส่วนนั้น (Brain localization) และเป็นการสูญเสียแบบถาวร เพราะเชื่อว่าธรรมชาติของเซลล์สมองนั้นใช้แล้วหมดไป หากเกิดภาวะที่ทำให้เซลล์สมองตายไปจะไม่มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นใหม่ทดแทน โดยจำนวนเซลล์จะหยุดการเพิ่มจำนวนหลังคลอด แต่ยังมีกรณีเจริญเติบโตจนมีวุฒิภาวะเต็มทีในวัยหนุ่มสาว และหยุดการเจริญเติบโตเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น แล้วค่อยๆเสื่อมสภาพจนตายไปในวัยชรา โครงสร้างและการทำงานของสมองจะคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ตั้งแต่บุคคลเกิดจนตาย แนวคิดนี้นำไปสู่ข้อปฏิบัติที่จำกัดการพัฒนาสมองเฉพาะในวัยเด็ก เมื่อเกิดการเสียหายในวัยผู้ใหญ่ ก็เชื่อว่าการฟื้นฟู

หน้าที่ของสมองนั้นแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย

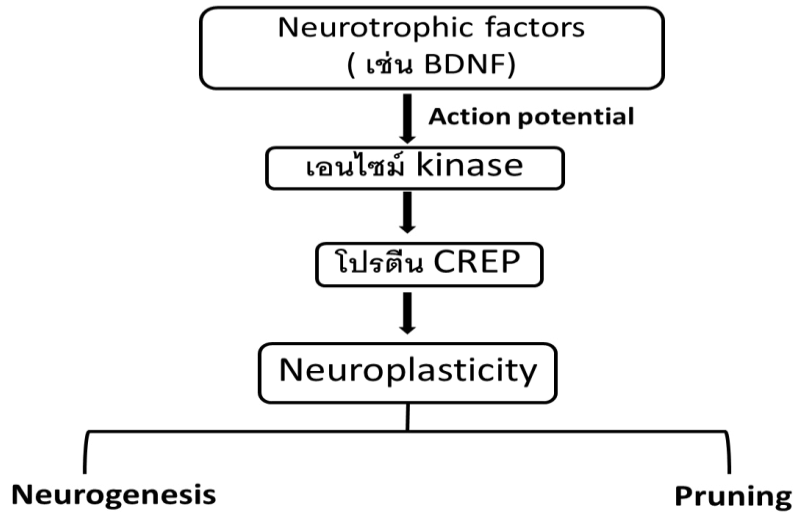
อย่างไรก็ตาม แนวคิดเรื่อง Brain localization และความจำกัดของเซลล์สมองนี้⁽⁹⁾ ได้ถูกกลบฝังไปเมื่อนักวิทยาศาสตร์พบว่าเซลล์สมองเกิดใหม่ได้ (Neurogenesis) การศึกษาพบว่าบริเวณ Dentate gyrus ใน Hippocampus ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำและการเรียนรู้ นั้นสามารถสร้างเซลล์สมองใหม่ได้ตลอดชีวิต แต่อัตราการสร้างจะลดลงเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น การงอกของเซลล์ประสาทในสมองส่วนนี้ ทำให้สมองปรับโครงสร้างหน้าที่โครงข่ายระบบประสาทให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ตามประสบการณ์ บุคคลสามารถสร้างเซลล์ประสาทใหม่พัฒนาเป็นเซลล์ที่สมบูรณ์^(9,10) แล้วเคลื่อนย้ายไปยังตำแหน่งที่เหมาะสม (Neuronal migration) เกิดการประสานงานกับเซลล์อื่นที่จุดประสานประสาท (Synapse) เป็นทางเดินกระแสประสาท (Neural pathway) เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความยืดหยุ่นของระบบประสาทสมอง (Neuroplasticity)

ความยืดหยุ่นของสมองนี้มีประโยชน์มหาศาลช่วยให้บุคคลเรียนรู้และปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมตามประสบการณ์ชีวิต ซึ่งพบว่าโครงสร้างของสมองมีความยืดหยุ่นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้นักวิชาการเปลี่ยนทัศนคติ สร้างความหวังให้การพัฒนาฟื้นฟูสมองหลังการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม การคงสมดุลของระบบประสาทยังขึ้นอยู่กับว่าอัตราการเกิดเซลล์ประสาทใหม่จะทันต่อการสูญเสียเซลล์ประสาทจากความเครียดหรือไม่ และถึงแม้การเกิดเซลล์ประสาทใหม่จะสามารถมีได้ตลอดราบเท่าที่บุคคลยังมีชีวิตอยู่⁽¹¹⁾ แต่หากขาดปัจจัยกระตุ้นการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาท (Brain-derived neurotrophic factor; BDNF) กระบวนการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ของสมองก็จะเกิดขึ้นไม่ได้ เพราะ BDNF ทำหน้าที่เหนี่ยวนำปฏิกิริยาต่อเอนไซม์ Kinase ซึ่งจะไปกระตุ้นโปรตีน CREB ให้สังเคราะห์โปรตีนและตัวกำกับรหัสพันธุกรรมอันนำไปสู่การสร้างเซลล์ประสาทใหม่ รวมทั้งปรับแต่งแขนงประสาทเพื่อสร้างเส้นทางเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทที่ถูกใช้ประโยชน์บ่อยๆให้แข็งแรง และตัดแขนงประสาทที่ไม่ได้ใช้ทิ้งไป (Pruning)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

หากขาดการสนับสนุนจาก BDNF สมดุลระบบประสาทจะเสียไปจากการสูญเสียเซลล์สมอง และขาดการเชื่อมต่อของระบบประสาท ทำให้สมองขาดความยืดหยุ่น อย่างไรก็ตาม บุคคลสามารถเลือกกระทำพฤติกรรมที่สนับสนุนให้

สมองผลิตและหลั่ง BDNF ได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม^(5,12) ดังแสดงให้เห็นในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 ความยืดหยุ่นของระบบประสาทจากการสร้างเซลล์ประสาทใหม่และกำจัดแขนงประสาทที่ไม่ได้ใช้
คัดลอกและดัดแปลงไดอะแกรมจาก Kay et al. (2012)⁽⁹⁾

ความเครียดทำให้ Hippocampus ฝ่อและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

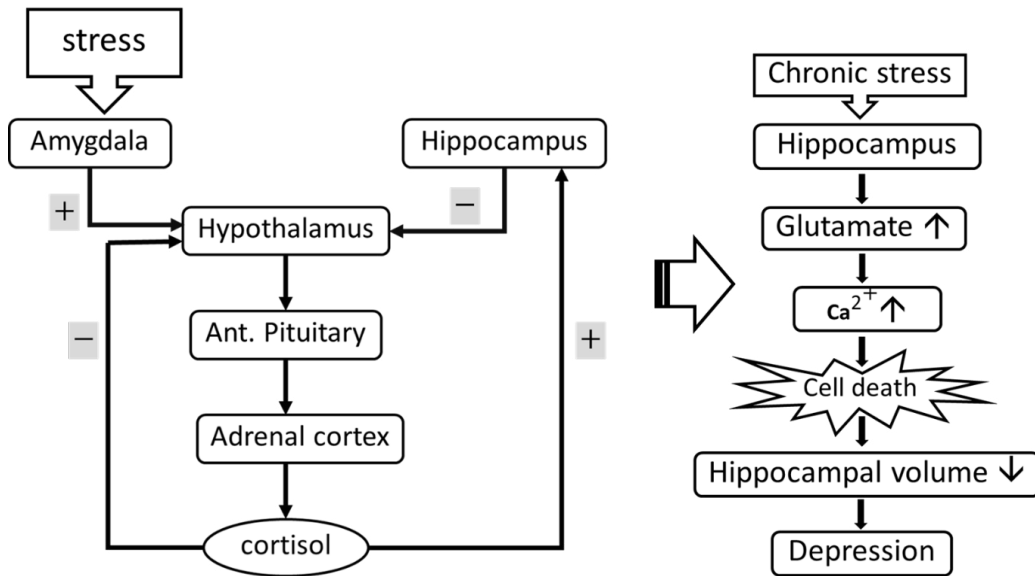
การศึกษาทางประสาทวิทยาพบว่า ความเครียดส่งผลให้เซลล์ประสาท CA3 pyramidal neurons ใน Hippocampus ตาย ปริมาตรสมองส่วนนี้จึงลดลงนำไปสู่พยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า⁽⁷⁾ กระบวนการนี้เริ่มจาก Amygdala ที่รับรู้ความเครียดและส่งสัญญาณเตือนภัยไปยัง HPA axis เพื่อตอบสนองภาวะเครียด โดย Hypothalamus จะส่ง Corticotropin-Releasing Hormone ไปยังต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้ปล่อย Adrenocorticotropic hormone (ACTH) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่งฮอร์โมน Glucocorticoid โดยเฉพาะ Cortisol เพิ่มมากขึ้น ซึ่ง Hippocampus มีตัวรับ (Receptors) ของฮอร์โมน Glucocorticoid จำนวนมาก โดยปกติแล้ว เมื่อตัวรับนี้ถูกกระตุ้นจนถึงระดับหนึ่ง Hippocampus จะทำหน้าที่เป็น Negative feedback ไปควบคุมการทำงานของระบบ HPA axis คือกลับไปยับยั้ง Hypothalamus ให้หยุดการกระตุ้น

คุณสมบัติกระตุ้นประสาทจะสะสมในพื้นที่ประสานสัญญาณประสาทมากเกินไป ตัวรับที่ชื่อว่า N-methyl-D-aspartate (NMDA) เกิดปฏิกิริยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้แคลเซียมไอออนผ่านเข้าสู่เซลล์ของ Hippocampus มากจนเกิดเป็นพิษ คือเซลล์ถูกกระตุ้นมากเกินไปจนฝ่อและตายในที่สุด (Excito-toxicity) การสูญเสียเซลล์ประสาทในสมองส่วน Hippocampus นี้ทำให้ขาด Negative feedback ไปควบคุม HPA axis ระบบ HPA axis จึงทำงานมากกว่าปกติและหลั่ง Cortisol มากขึ้น ซึ่งก็จะยิ่งทำให้เซลล์ประสาทใน Hippocampus ฝ่อและตายมากขึ้น^(4,7)

เมื่อ HPA axis ที่ถูกกระตุ้นด้วยความเครียด จนฮอร์โมนแห่งความเครียดคือ Cortisol รวมทั้งฮอร์โมนแห่งการต่อสู้และก้าวร้าว คือ Adrenaline หลั่งออกมามาก ทำให้อวัยวะต้องใช้สารสื่อประสาท Serotonin มาช่วยถ่วงสมดุลให้เกิดความสงบผ่อนคลายลง ยิ่งสมองหลั่ง Cortisol มากเท่าไร ก็ต้องนำ Serotonin มาใช้มากขึ้นเช่นกัน ความเครียดที่มากและนานเกินไปจึงทำให้สารสื่อประสาทเหล่านี้ถูกใช้ไปจนแทบไม่เหลือ อีกทั้ง Hippocampus ที่ฝ่อ

ลงส่งผลต่อกระบวนการผลิตเซลล์ประสาทใหม่ ยิ่งเป็นปัญหาต่อการผลิตสารสื่อประสาท สมองที่ขาดสารสื่อประสาทจึงส่งผลให้เกิดอาการแสดงของโรคซึมเศร้า⁽⁵⁾ โดย Nor-epinephrine ซึ่งตามปกติแล้วมีหน้าที่ทำให้บุคคลกระฉับกระเฉงอยากเคลื่อนไหวทำกิจกรรมต่าง ๆ การขาดสารสื่อประสาทนี้ จึงทำให้ขาดความกระตือรือร้น ขาดพลังงาน ไม่อยากจะทำอะไร (Low energy) และ Dopamine ซึ่งตามปกติแล้วมีหน้าที่ทำให้บุคคลรู้สึกดี มีความสุข มีแรงจูงใจในการไขว่คว้าสิ่งที่ต้องการ การขาด

สารสื่อประสาทนี้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่หมดหวัง ไม่สามารถรู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่เคยชอบได้ (Anhedonia) รวมทั้ง Serotonin ซึ่งตามปกติแล้วมีหน้าที่ทำให้บุคคลรู้สึกสงบผ่อนคลาย อยากเข้าสังคม การขาดสารสื่อประสาทนี้ จึงทำให้แยกตัว กระวนกระวายและไม่สงบ (Impulsivity)^(13,14) ดังปรากฏเป็นพยาธิสรีรวิทยาของโรคซึมเศร้า ดังแสดงให้เห็นในภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 ภาวะความเครียดเรื้อรังนำไปสู่การฝ่อของ Hippocampus และโรคซึมเศร้า

คัดลอกและดัดแปลงไดอะแกรมจาก Pariante ,CM.& Lightman, SL. (2008)⁽¹⁵⁾

การเจริญสติกับการปรับโครงสร้างหน้าที่สมองของผู้มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อระบบสารสื่อประสาทในผู้มีภาวะซึมเศร้าขาดสมดุลจาก Hippocampus ที่ฝ่อลง ทำให้ Amygdala ขาด Negative feedback สมองส่วนอารมณ์จึงถูกกระตุ้นมากเกินไปไปปลุกเร้าสมองส่วนคิดให้ผลิตความคิดและความรู้สึกทางลบออกมาอย่างท่วมท้น บุคคลจึงแปลความหมายและคาดเดาสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางเลวร้าย มีรูปแบบการคิดที่ไม่สมเหตุผล (Irrational) บิดเบือน (Distortion) คิดมาก (Overthinking) และฟุ้งซ่าน (Rumination) จนไม่สามารถหาทางออกได้⁽¹⁴⁾ สมองส่วนคิดเป็นส่วนที่ใช้พลังงานเปลืองมาก น้ำตาลในสมองจะถูกใช้หมดอย่างรวดเร็ว สมองส่วนล่างที่เหนื่อยล้าหมดพลังงานจึงส่งสัญญาณทาง

กายว่าต้องการพัก แต่สมองส่วนบนที่มึนงงหันมาทางแก้ปัญหา มัวแต่หมกมุ่นอยู่กับการดึงความทรงจำในอดีตมาวิเคราะห์คาดเดาเหตุการณ์ในอนาคต จนไม่รับรู้บริบทสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน จึงละเลยสัญญาณเตือนจากร่างกายให้หยุดพัก เมื่อดำเนินไปสักระยะ สมองที่เหนื่อยล้าหมดพลังงานจึงเข้าสู่ภาวะสิ้นหวัง จำยอม เพราะรู้สึกไร้เส้นทางแก้ปัญหา (Learned helplessness) เกิดเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า^(5,16)

โปรแกรมการบำบัดความคิดบนพื้นฐานการเจริญสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เป็นรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า ที่ผสมผสานแนวทางการบำบัดความคิดพฤติกรรม (CBT) กับ การเจริญสติ (Mindfulness) เข้าด้วยกัน^(17,18) มีจุดประสงค์เพื่อฝึกให้

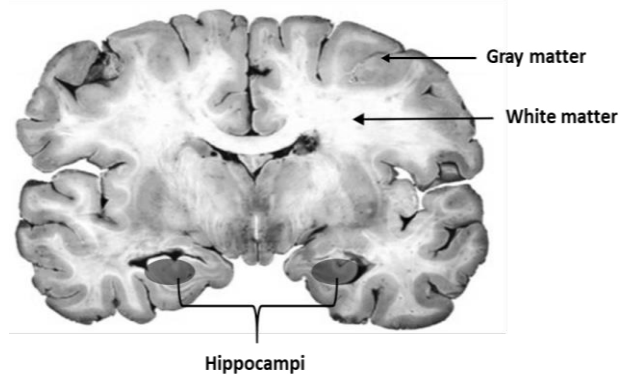
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผู้ป่วยตระหนักถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตน และยอมรับพร้อมเผชิญประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น พิจารณาธรรมชาติและที่มาของอารมณ์นั้น จนสามารถเปลี่ยนการตอบสนองที่เคยเป็นไปอย่างอัตโนมัติ ไม่มีสติ (Doing mode) ให้เป็นการตอบสนองแบบตื่นรู้ มีสติ (Being mode) ได้ โดยมีกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 8 ครั้ง ประกอบด้วย การฝึกการใส่ใจ (Attention) และการจดจ่อ (Concentration) ด้วยการนั่งสมาธิและเดินจงกรม (Meditation) และการทำวิปัสสนาภาวนา เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรู้ตัวทั่วพร้อม (Awareness) และรู้แจ้งถึงเหตุปัจจัยแห่งทุกข์ของตน (Insight) รวมทั้งการสร้างนิสัยในการจัดการอารมณ์ให้เหมาะสมขึ้น

มีการศึกษาผลของการบำบัดด้วยการเจริญสติในผู้มีภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย ที่สนับสนุนว่าสามารถทำให้โครงสร้างสมองและประสาทวิทยาของบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยพบว่าผู้ที่มีการฝึกสติเป็นประจำนั้น เนื้อสมองสีเทา (Gray matter) ในเปลือกสมองส่วนหน้า (PFC) และ Dentate gyrus ใน Hippocampus จะมีความหนาตัวขึ้น ซึ่งเนื้อสมองสีเทานี้คือส่วนของตัวเซลล์ประสาท (Cell body) การหนาตัวขึ้นของสมองส่วนนี้ เป็นข้อบ่งชี้ว่าในสมองส่วนนั้นมีการเพิ่มขึ้นของเซลล์ประสาท แสดงว่าสมองเกิดการสร้างและแตกแขนงของเซลล์ประสาทใหม่เพิ่มขึ้น (Neurogenesis) ซึ่งจะมีผลต่อการคิด การเรียนรู้ การสร้างความจำ และการควบคุมอารมณ์ในทิศทางที่ดีขึ้น⁽¹⁹⁾ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสมองส่วน Dorsolateral Prefrontal Cortex (DLPFC) ทำให้บุคคลมีสมาธิจดจ่อ วิเคราะห์ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตได้ดีขึ้น ควบคุมอารมณ์เชิงลบ และมีอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น มีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมขึ้น⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ ยังพบว่าการเจริญสติเชื่อมโยงกับการเกิดเนื้อสมองสีขาว (White matter) เพิ่มขึ้นที่สมองส่วน Anterior Cingulate Cortex (ACC) ซึ่งเนื้อสมองสีขาวยนี้คือส่วนของแขนงประสาทที่ถูกหุ้มด้วยปลอกประสาท (Myelin sheet) มีหน้าที่ที่ติดต่อประสานการรับและส่งสารสื่อประสาท การเพิ่มขึ้นของเนื้อสมองส่วนนี้ จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของสมองในด้านการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาทให้สมองสามารถประสานงานกันได้อย่าง

เชื่อมโยง สร้างความยืดหยุ่นให้สมองมากขึ้น ทำให้มีสมาธิต่อการเรียนรู้และความจำที่ดีขึ้น^(21,22)

นอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสมอง โดยการเพิ่มเนื้อสมองสีขาวและสีเทาแล้ว ยังพบว่า การเจริญสติมีความเชื่อมโยงกับการผลิตและหลั่งสารสื่อประสาทมากขึ้นด้วย^(23,24) โดยนักวิชาการใช้วิธีการทดสอบที่เรียกว่า Diffusion Tensor Imaging (DTI) พบว่าผู้ที่เจริญสติจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในการหลั่งสารสื่อประสาทและฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าคือ มี Serotonin, GABA, β -Endorphin, Dopamine และ Melatonin เพิ่มขึ้น ในขณะที่ Nor-epinephrine, Glutamate และ Cortisol ลดลง ทำให้เกิดการผ่อนคลาย สงบและมีความสุขมากขึ้น อีกทั้งยังมีการศึกษาที่พบว่า การฝึกโยคะเป็นหนึ่งในกิจกรรมการเจริญสติที่นิยมปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย สามารถเพิ่มการหลั่งสารโดปามีนได้⁽²⁵⁾ ซึ่งมีผลยับยั้งการส่งผ่าน cortico-striatal glutamatergic ไม่ให้กระตุ้นการทำงานของ Limbic system มากเกินไป ทำให้บุคคลมีระดับการรู้สำนึก (Consciousness) ที่ดีขึ้น พฤติกรรมการทำตามแรงขับโดยอัตโนมัติลดลง ดังแสดงให้เห็นในภาพประกอบที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 สมองตัดขวาง (ตกแต่งอักษรเพิ่มเติมจากภาพเดิมที่ <http://brainmaps.org/index.php?y=hippocampus> เมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2560)

การใช้หลักการเจริญสติในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากคำอธิบายในมุมมองของสมองและประสาทวิทยาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากการที่สมองขาดความยืดหยุ่น เพราะกลไกการสร้างและพัฒนาโครงข่ายระบบประสาทตามประสบการณ์เรียนรู้ที่

Hippocampus ถูกภาวะเครียดกดก่อนจนสูญเสียหน้าที่ ส่งผลถึงการทำงานของสมองทั้งหมด ทำให้สมองส่วนล่างหมดพลังงาน สมองส่วนอารมณ์ที่ถึงแม้จะตื่นตระหนกหวาดกลัวแต่สมองและร่างกายก็ไร้พลังแรงจะคิดแก้ปัญหา จิตใจยังตื่นตัวแต่ร่างกายไร้พลังและสมองอ่อนล้า ส่งผลให้ความคิดและพฤติกรรมถูกชักจูงด้วยอารมณ์และสัญชาตญาณ เรียกว่า มีการดำเนินชีวิตแบบไม่มีสติ (Doing Mode) ที่นอกจากไม่สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแล้ว ยังก่อปัญหาอื่นเพิ่มจากการมีทัศนคติทางลบด้วย เมื่อภาวณี้ดำเนินมาจนถึงจุดหนึ่ง จิตใจที่ห่อเหี่ยวหมดกำลังใจ (Learned helplessness) จึงปรากฏเป็นอาการแสดงของโรคซึมเศร้า การเจริญสติจะช่วยให้สมองส่วนอารมณ์และสัญชาตญาณคลายความตื่นตัวลง ฟุ้งฟุ้งสมองส่วนรู้คิดให้กลับมาทำหน้าที่ได้ ใช้ประสาทรับสัมผัสทั้ง 5 เชื่อมต่อตนเองกับปัจจุบันขณะให้เกิดการรู้ตัวทั่วพร้อม สมองส่วนอารมณ์ที่เฝ้าเสียงลางจะกลับมาทำหน้าที่เดือนกึ่งในระดับที่เหมาะสมขึ้น ปล่อยให้สมองส่วนคิดได้รับรู้และวิเคราะห์ห้อย่างรอบคอบก่อนจะทำพฤติกรรมใด เรียกว่า มีการดำเนินชีวิตแบบมีสติ (Being mode) เพื่อให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูดังกล่าวนี้ พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยอย่างมีหลักการและขั้นตอนตามธรรมชาติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมอง ดังนี้

1. ฟื้นฟูการทำงานของก้านสมอง ด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกายอย่างเหมาะสม ให้ได้หลับนอนพักผ่อนอย่างเต็มที่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ มีการเคลื่อนไหวร่างกายและออกกำลังกายตามสมควร สิ่งเหล่านี้เป็นเป้าหมายทางการพยาบาลอันดับแรกที่สำคัญมากในผู้ป่วยซึมเศร้า เพราะช่วยกระตุ้นการหลั่งสาร BDNF ในสมอง ทำให้ระบบประสาทและสารสื่อประสาทกลับมามีความยืดหยุ่นทำหน้าที่ได้ อย่างไรก็ตาม ด้วยพยาธิสภาพ ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าขาดพลังและแรงจูงใจในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมักไม่รู้สึกรู้หาย แยกตัว ซึมหม่อ ไม่มีปฏิสัมพันธ์ ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย และนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่สนิททำให้รู้สึกไม่สดชื่น (หรืออาจมีอาการตรงข้ามคือนอนมากเกินไปก็ได้) พยาบาลควรกำกับดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อนที่ย่อยง่ายและมี

สารอาหารครบถ้วน รับประทานตามแผนการรักษาและประเมินอาการข้างเคียงของยาเพื่อปรับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยจัดให้เริ่มทำกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้แรงและสมาธิมากนักในช่วงแรก และเพิ่มระดับกิจกรรมเมื่อร่างกายมีพลังกำลังมากขึ้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้กินอิ่ม นอนหลับ และร่างกายมีการเคลื่อนไหวเป็นการตอบสนองสัญชาตญาณขั้นพื้นฐาน ทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท Serotonin ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic ที่ทำหน้าที่พักและสะสมพลังงานก็จะทำงานได้ ร่างกายที่สุขสบายและมีกำลังจะส่งสัญญาณปลอดภัยให้สมองส่วนอารมณ์ลดความเคร่งเครียดตื่นตระหนกลง กิจกรรมการเจริญสติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในช่วงแรกนี้ อาจเป็นการฝึกทักษะการรู้ตัว (Awareness) ผ่านกิจกรรมการกำหนดรูปร่างกาย (body scan) และเริ่มชี้ให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นถึงรูปแบบการใช้ชีวิตแบบขาดสติของตน

2. ฟื้นฟูการทำงานของสมองส่วนอารมณ์ อย่างที่กล่าวแล้วว่า สมองส่วนอารมณ์ที่ตื่นตัวเกินไปจนไปมีอิทธิพลเหนือการทำงานของสมองส่วนอื่น ดังนั้นการฟื้นฟูสมองส่วนนี้ก็คือปรับสมดุลอารมณ์ สร้างความรู้สึกสงบปลอดภัย พยาบาลควรจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ดึงผู้ป่วยที่สะอาด อาจมีกลิ่นหอมสดชื่นของดอกไม้ สวนหย่อม หรือมีเสียงดนตรีบรรเลงเบาๆ แยกผู้ป่วยที่มีอาการ หงุดหงิด โวยวายออก และสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่อบอุ่น เมื่อผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายลงบ้างแล้ว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมสันตนาการ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ในขั้นนี้ กิจกรรมการเจริญสติควรเป็นการฝึกทักษะการจดจ่อ (Attention) ผ่านกิจกรรมการนั่งสมาธิ (Sitting meditation) และการเดินจงกรม (Walking meditation) เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่นิ่งพอจะสามารถเฝ้าสังเกตอารมณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามา และรู้สึกปลอดภัยพอที่จะกล้าสัมผัสรับรู้อารมณ์นั้น โดยไม่หลีกเลี่ยงไปใช้ความคิดหาข้ออ้างหรือทางออกที่จะไม่ต้องเผชิญอารมณ์ดังกล่าว ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจสำคัญของการฝึกการเจริญสติ เป็นการเรียนรู้วิธีการดับไฟอารมณ์ในใจ ซึ่งเริ่มจากรู้การเกิดขึ้นแล้วของอารมณ์ เห็นที่มาที่ไปของอารมณ์นั้น เข้าใจถึงสังขารของการเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไปของอารมณ์ จนตระหนักว่าไม่มีวิธีใดดีไปกว่า

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การปล่อยให้อารมณ์แสดงตัวตน บอกเล่าความรู้สึก และสลายไปเอง เพราะการหลีกเลี่ยงไม่เผชิญ รังแต่จะทำให้อารมณ์รุนแรงขึ้นจนไปครอบงำสติปัญญา หลงคิดอยู่ในวังวนของความกังวลฟุ้งซ่าน ทำให้สมองอ่อนล้า จิตใจสิ้นหวังจนเกิดภาวะซึมเศร้า

3. พื้นฟูการทำงานของสมองส่วนคิด เมื่อมาถึงจุดนี้ ผู้ป่วยจะเริ่มเท่าทันสภาวะจิตใจตนเองมากขึ้น เรียกว่ามีสติรู้ตัว ลดการหมกมุ่นอยู่กับความคิดฟุ้งซ่านและโลกภายในของตน สามารถสร้างช่องว่างถอยห่างออกมาสังเกตอารมณ์และความคิดตนเองได้ พยายามสามารถนำผู้ป่วยสู่การฝึกรู้ตัวอย่างต่อเนื่อง (Open monitoring meditation) ด้วยการทำวิปัสสนากรรมฐาน เพื่อให้เกิดการใคร่ครวญจนเห็นที่มาที่ไปและเหตุแห่งทุกข์ของตน ถือเป็นการใช้พลัง

ของสติปัญญาเข้าไปตรวจสอบควบคุมทสรูปทางความคิดที่เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่งส่งผลต่อการแปลความหมายสถานการณ์ต่าง ๆ ในปัจจุบัน หากประสบการณ์เลวร้ายในอดีตสั่งสมให้บุคคลเกิดอคติต่อตนเอง ผู้อื่น และธรรมชาติของชีวิตและโลกนี้ (Cognitive Triad) จนมองเหตุการณ์ต่าง ๆ ในปัจจุบันร้ายแรงเกินจริง สมองส่วนอารมณ์ถูกกระตุ้นง่ายและรุนแรง จนไปเปิดระบบการทำงานอัตโนมัติของสมอง (Autopilot) เพื่อปกป้องตนเองตามสัญชาตญาณ การทำวิปัสสนากรรมฐานจะช่วยปลดปล่อยจิตใจของบุคคลจากอิทธิพลของความคิดแง่ลบ และทัศนคติความเชื่อบิดเบือนไม่มีเหตุผลนี้ ทำให้บุคคลใช้ตรรกะเหตุผลได้และมีจิตใจที่ตั้งอยู่ในปัจจุบันขณะมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Saveanu, RV. and Nemeroff, CB. "Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors". **Psychiatric Clinics of North America**. 35 : 51-71, 2012.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด(ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2). พิมพ์ครั้งที่ 3. ศิริธรรมออฟเซ็ท: อุบลราชธานี, 2557.
3. จินตนา สัตยาลัย. **เกสรวิทยาล่อม 2 ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกลาง**. พิมพ์ครั้งที่ 4. คลังนานาวิทยา: ขอนแก่น, 2555.
4. Stahl, SM. **Stahl essential psychopharmacology Neuroscientific basic and practical applications**. 4 th ed. New York: Cambridge University Press. 2013.
5. อธิษยง. **สมองหายช้า ชีวิตก็หายเหนื่อย. (ตรองสิริ ทองคำใส, ผู้แปล)**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ชอรัลคัท : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง : กรุงเทพฯ, 2558.
6. สายฝน เอกวารงกูร. **รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า**. พิมพ์ครั้งที่ 2. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ, 2554.
7. Czéh, B. and Lucassen, PJ. "What causes the hippocampal volume decrease in depression?". **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**. 257(5) : 250-260, 2007.
8. Malberg, JE. et al. "Implications of adult hippocampal neurogenesis in antidepressant action", **Journal of Psychiatry & Neuroscience**. 29(3) : 196-205, 2004.
9. Kays, JL. et al. "The Dynamic Brain: Neuroplasticity and Mental Health". **The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences**. 24 : 118-124, 2012.
10. บพิตร กลางกัลยา. "ความรู้ใหม่ในทศวรรษของการศึกษาสมองคือเรื่องภาวะยึดหยุ่นของจุดประสานประสาท". **เวชสารแพทย์ทหารบก**. 58(2) : 115-118, 2548.
11. Sakata, K. "Brain-Derived Neurotrophic Factor for Depression Therapeutics". **Austin Journal of Pharmacology Therapeutics**. 2(1) : 1-10, 2014
12. Kerling, A. et al. "Exercise increases serum brain-derived neurotrophic factor in patients with major depressive disorder". **Journal Affective Disorders**. 215 : 152-155, 2017
13. Hanson, R., & Mendius, R. **Buddha's brain: The practical neuroscience of happiness, love, and wisdom สมองแห่งพุทธะ (Buddha's Brain)**. (ฉัตร สยามวาลา, ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่ 2. อมรินทร์ธรรมะ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง : กรุงเทพฯ, 2557.

14. Kabat-Zinn, J. **Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.** 15th ed. Random House : New York, 1990.
15. Pariante, CM., and Lightman ,SL. “The HPA axis in major depression: classical theories and new developments”. **Trends in Neurosciences.** 31(9) : 464-468, 2008
16. Brockis, J. **Future Brain เปลี่ยนสมองทั้งที่อย่ามีดีแค่ฉลาดขึ้น (ดร.สุรปรัช เมลิกุล แปด).** Infopress Group : นนทบุรี 2560.
17. Teasdale, T. et al. “Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy”. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** 68(4) : 615-623, 2000.
18. ชนกฤทัย ชื่นอารมณ. การบำบัดความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานของการเจริญสติ: ความเฉพาะเจาะจงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.** 34(1) : 84-93, 2554.
19. Lazar, SW. et al. “Meditation experience is associated with increased cortical thickness”. **Neuroreport.** 16(17) : 1 8 9 3 -1 8 9 7 , 2005.
20. Davidson, R. J. and Lutz, A. “Buddha’s Brain: Neuroplasticity and Meditation”. **IEEE Signal Processing Magazine.** 25(1) : 176–174, 2008.
21. Hölzel, BK. et al. “Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density”. **Psychiatry Research : Neuroimaging.** 191 : 36-43, 2011.
22. Britta, K. et al. “Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density”. **Psychiatry Research: Neuroimaging.** 191(1) : 36–43, 2011.
23. Kasala, E.R et al. “Effect of meditation on neurophysiological changes in stress mediated Depression”. **Complementary Therapies in Clinical Practice.** 20 : 74-80, 2014.
24. Newberg, A.B. and Iversen, J. “The Neural Basis of the Complex Mental Task of Meditation Neurotransmitter and Neurochemical Considerations”. **Medical Hypotheses.** 61(2) : 282-21, 2003.
25. Kjaer, TW. et al. “Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness”. **Cognitive Brain Research.** 13(2) : 255-259, 2002.

การป้องกันผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร

Protection Against the Effects of Agricultural Pesticides

ระพีพรรณ ประจันตะเสน¹

Rapeepun Prajuntasan¹

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการนำเข้าและใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงของประชาชนในการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชมีผลอย่างยิ่งต่อการได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ให้เกิดโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางจิตให้แก่เกษตรกร ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ดังนั้นเราจึงควรมีการรณรงค์ลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างจริงจัง ทบทวนและปรับปรุงกลไกการควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการผลิต ค่านิยมและการบริโภคอาหาร ให้มีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้นตั้งแต่กระบวนการผลิตไปจนกระทั่งการเก็บเกี่ยวผลผลิต โดยการส่งเสริมการเพาะปลูกแบบเกษตรอินทรีย์ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ล้วนเป็นการทำการเกษตรที่ให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน ปลอดภัยทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค อีกทั้งเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

คำสำคัญ: สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร

Abstract

Thailand has imported and the use of pesticides increased a lot each year. This indicates the people's risk of being poisoned by pesticides, as well as the impact on the environment. In addition, the behavior of using pesticides has effect on the exposure of chemicals to the body, which can adversely affect the health of chronic diseases. It also has a psychological effect on farmers, including irritability, anxiety. Therefore, there should be a serious campaign to reduce pesticide use, which revises and improves pest control mechanisms. By promoting organic farming, all these processes are sustainable farming that is safe for both producers and consumers. It is also environmentally friendly.

Keyword: Agricultural Pesticides

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

ประเทศไทยได้รับแนวความคิดการผลิตทางการเกษตรแบบตะวันตก ซึ่งต้องพึ่งพาเทคโนโลยีและสารเคมีชนิดต่างๆ มาใช้แทนแนวความคิดเกษตรกรรมแบบดั้งเดิมที่เกษตรกรส่วนใหญ่พึ่งพาอยู่กับธรรมชาติและมุ่งทำการเกษตรผสมผสานหลากหลายที่ตอบสนองกับความต้องการยังชีพ ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศที่มีพื้นที่ทำการเกษตรถึง 149 ล้านไร่ มีแรงงานอยู่ในภาคการเกษตรประมาณ 17 ล้านคน สามารถผลิตสินค้าเกษตรด้านพืชที่เพียงพอต่อการบริโภคในประเทศ และยังสามารถทำรายได้จากการส่งออกถึงปีละ 1.2 ล้านล้านบาท ในพื้นที่การเกษตรทั้งหมด มีการเกษตรอินทรีย์ (ไม่ใช้สารเคมี) ประมาณ 3 แสนไร่ หรือคิดเป็น 0.17 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่พื้นที่อีก 148.7 ล้าน หรือ 99.83 เปอร์เซ็นต์ มีการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ทำให้ประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อใช้ป้องกันความเสียหายของผลผลิตทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา มีสถิติการนำเข้าสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ในปี 2520 – 2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2520 ปริมาณนำเข้าทั้งหมด 6,811 ตัน และเพิ่มขึ้นเป็น 154,568 ตัน ในปี 2559 หรือคิดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 0.84 กิโลกรัมต่อไร่ ซึ่งสารเคมีทางการเกษตรที่เกษตรกรไทยนำมาใช้ ได้แก่ สารเคมีกำจัดวัชพืชและสารเคมีกำจัดแมลงซึ่งประเทศไทยใช้เป็นอันดับ 4 ของโลก^(1,2) การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกร เนื่องจากเกษตรกรส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลายเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร และเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การแสดงเฉียบพลันมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนรุนแรงถึงแก่ชีวิต ขึ้นอยู่กับระดับความเข้มข้นความเป็นพิษ และปริมาณที่ได้รับ ส่วนอาการเรื้อรังสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะสะสมในระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดความผิดปกติและโรคต่างๆ การใช้สารเคมีเหล่านี้ในการเกษตรส่งผลต่อสุขภาพระยะยาวและก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง

ต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคมะเร็งชนิดที่ 2 โรคมาร์กินสัน โดยเฉพาะโรคมะเร็งซึ่งได้กลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทยซึ่งสูงกว่าการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ โรค อดส์ และอุบัติเหตุ⁽³⁾

การป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นระยะเวลาต่อเนืองยาวนาน สถิติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีการประเมินว่าจำนวนผู้ป่วยมีปริมาณหลายแสนคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับปริมาณการนำเข้าและการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในประเทศ ทั้งนี้พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจาก 110,000 ตัน (คิดเป็นมูลค่า 14,000 ล้านบาท) ในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 172,000 ตัน (คิดเป็นมูลค่า 24,000 ล้านบาท) ในปี 2556 โดยในช่วงเวลาดังกล่าวพบว่าการนำเข้าสารกำจัดวัชพืชมีสัดส่วนของการนำเข้าสูงที่สุดในบรรดาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งหมด (62 – 79%) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มของสารกำจัดแมลง (12 – 23%) และกลุ่มของสารกำจัดเชื้อรา (5 – 11%) โดยในแต่ละปีมีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในช่วง 49,000 – 61,000 ราย (คิดเป็นอัตราผู้ป่วยอยู่ในช่วง 76.4 – 96.6 ราย ต่อประชากรแสนคน) ในช่วงเวลา พ.ศ. 2550 – 2556 ในแต่ละปี มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุดจากภาคกลาง (31 – 36%) รองลงมา คือ ภาคเหนือ (27–31%) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (18 – 20%) และภาคใต้ (18 – 19%) มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ทั้งนี้พบผู้ป่วยตลอดปี แต่มีรายงานผู้ป่วยสูงขึ้น ในช่วงเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ของทุกๆ ปี ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน เกษตรกรเริ่มมีการเพาะปลูกและมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 45 – 54 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 55 – 64 ปี และกลุ่ม 35 – 44 ปี ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง การจำแนกประเภทสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ได้รับ ได้แก่ กลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต และกลุ่มสารกำจัดวัชพืช

ในขณะที่ส่วนใหญ่ (85% – 90%) ไม่สามารถระบุชนิดหรือกลุ่มของสารเคมีที่เป็นสาเหตุได้⁽⁴⁾

ปัญหาที่เกิดจากการใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืชมีสาเหตุมาจาก 1) การใช้สารชนิดของสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับชนิดศัตรูพืชเป้าหมาย 2) การใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่มีฤทธิ์ตกค้างนาน โดยเฉพาะสารกำจัดวัชพืช ซึ่งพบว่าเกษตรกรนิยมใช้ 3 ชนิด ได้แก่ ametryn, paraquat และ atrazine ดังเช่นหญ้าซึ่งเป็นวัชพืชอันดับหนึ่งของข้าวทุกแปลง เกษตรกรจึงใช้สารเคมีพาราควอต เพื่อกำจัดหญ้าที่เกิดขึ้นบริเวณคันนาและบริเวณใกล้แปลงนา ซึ่งพบว่ามีปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในดิน ประเภทของสารเคมี คือ สารเคมีในกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และใช้พาราควอตในการฆ่าหญ้า^(5,6) ซึ่งสอดคล้องกับรัฐวุฒิ ไม้ผาด และคณะ (2557)⁽⁷⁾ พบว่าดินในแปลงนามีสารพาราควอตในปริมาณ 72.15 มก./กก. ส่งผลให้พืชผักในแปลงนามีระดับสารเคมีตกค้างอยู่ในระดับ ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 28 และระดับเป็นพิษ ร้อยละ 4 3) การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การผสมสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชหลายชนิดในการพ่นแต่ละครั้ง การไม่สวมแว่นตาขณะฉีดพ่น ไม่สวมอุปกรณ์ครอบจมูกและปาก หยุดพักสูบบุหรี่ ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารในระหว่างฉีดพ่น ใช้ปากเป่าหรือดูดหัวอุปกรณ์ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อมีสิ่งอุดตัน หยุดพักรับประทานอาหารโดยไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ทูบทำลายภาชนะที่ใส่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้ว ล้างอุปกรณ์หรือภาชนะที่ใช้พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแหล่งน้ำธรรมชาติเช่น บ่อน้ำ ลำคลอง แม่น้ำ สระน้ำ และเข้าไปดูหรือตรวจสอบแมลงศัตรูพืชหลังการฉีดพ่นทันที อีกทั้งขาดความเข้าใจในเรื่องการรับรู้ถึงแถบสีแสดงระดับความเป็นพิษของสารเคมีกำจัด โดยเฉพาะเกษตรกรที่อยู่ในช่วงอายุน้อยมักจะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้อง เมื่อเปรียบเทียบกับเกษตรกรที่มีอายุมากกว่า เนื่องจาก เกษตรกรที่มีช่วงอายุมากมีประสบการณ์การใช้สารป้องกันกำจัดวัชพืชมากกว่า เคยได้รับการอบรมมาแล้วหลายครั้ง ทำให้มีความรู้ในการใช้สารป้องกันกำจัดวัชพืชมากกว่าเกษตรกรที่มีอายุน้อย^(8,9,10)

และ 4) การใช้ในปริมาณที่ไม่ถูกต้อง คือการใช้บ่อยครั้งเกินความจำเป็น หรือการพ่นสารกำจัดศัตรูพืชทันทีเมื่อเริ่มพบศัตรูพืชในแปลง โดยไม่คำนึงว่าศัตรูพืชที่พ่นนั้นมีจำนวนมากพอที่จะทำให้เกิดความเสียหายหรือไม่⁽¹¹⁾

ถึงแม้ว่าเกษตรกรจะทราบถึงผลกระทบทางสุขภาพ แต่เกษตรกรส่วนใหญ่ยังคงใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเนื่องจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชช่วยเพิ่มปริมาณและคุณภาพของผลผลิต รวมถึงช่วยลดความเสี่ยงจากความไม่แน่นอนของรายได้ ทำให้เกษตรกรที่ไม่ใช้สารเคมีมีโอกาสเสียเปรียบทางการค้าเพราะต้องแบกรับความเสี่ยงจากผลผลิตที่น้อยลงและรายได้ที่ไม่คงที่ ทำให้เกษตรกรถูกผูกมัดให้อยู่ภายใต้ระบบเกษตรกรรมที่สารเคมีเป็นปัจจัยหลักในการผลิต⁽¹²⁾ นอกจากนี้คุณภาพและความสวยงามของผลผลิต ซึ่งผู้บริโภคส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้แก่อาหารที่ผู้บริโภค รับประทานเข้าไปด้วย เพราะผลิตผลส่วนใหญ่ล้วนปราศจากเชื้อโรคและแมลงในทางกลับกันการใช้สารเคมีทางการเกษตรก็มีโทษเช่นกัน โดยการใช้สารเคมีแต่ละครั้ง หากใช้ไม่ถูกวิธีหรือป้องกันไม่เพียงพอ ก็จะทำให้สารพิษเข้าสู่ร่างกายและเกิดการสะสมในระยะยาวจนเมื่อมีปริมาณมากพอที่จะแสดงอาการออกมา ทำให้เกิดสารพิษตกค้างในผลิตผล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคในวงกว้าง⁽¹³⁾

สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประเทศไทยในปัจจุบัน

จากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร ปี พ.ศ. 2560 จะพบว่า ประเทศไทยมีปริมาณนำเข้าสารกำจัดวัชพืชเท่ากับ 148,979 ตัน ปริมาณการนำเข้าสารกำจัดแมลงเท่ากับ 21,601 ตัน สารป้องกันและกำจัดโรคพืช 19,923 ตัน ปริมาณนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิดเท่ากับ 198,317 กิโลกรัม มูลค่ารวม 27,922 ล้านบาท ดังแสดงในตาราง 1

จากสถิติการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรพบว่าสถานการณ์การใช้สารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทยมี

แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทำให้อุตสาหกรรมเคมีทางการเกษตรเติบโตอย่างมาก ในขณะที่พื้นที่ในการเพาะปลูกยังคงมีอยู่เท่าเดิม ซึ่งเป็นการบ่งชี้ว่าเกษตรกรของไทยมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรปริมาณต่อไร่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นการใช้เคมีมากเกินไปจนความจำเป็นหรืออีกนัยหนึ่งเป็นเพราะศัตรูพืชต่างๆ มีการปรับตัวเพื่อต่อต้านสารเคมีทางการเกษตรมากยิ่งขึ้น⁽¹⁴⁾ อีกทั้งเกษตรกรสามารถเข้าถึงสารเคมีได้ง่ายและมีการใช้มากเกินไปจนความพอดี เห็นได้จากการนำเข้าสารเคมี

ทางการเกษตรของไทยย้อนหลัง 4 ปี (พ.ศ. 2557-พ.ศ. 2560) ประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตร 147,375 ตัน, 149,546 ตัน, 160,824 ตัน และ 198,317 ตามลำดับซึ่งมีปริมาณการนำเข้าเพิ่มขึ้นทุกปี โดยสารเคมีที่มีการนำเข้ามากที่สุด คือ สารกำจัดวัชพืช รองลงมาคือสารกำจัดแมลง, สารเคมีป้องกันและกำจัดโรคพืช และกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ สารควบคุมการเจริญเติบโตของพืช สารรมควันพืช สารกำจัดหอยและหอยทาก สารกำจัดไร ไล่เดือนฝอย สารกำจัดหนูตามลำดับ⁽¹⁵⁾

ตาราง 1 ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร ปี 2554 -2560

ปี	สารเคมี									
	สารกำจัดวัชพืช (Herbicide)		สารกำจัดแมลง (Insecticide)		สารป้องกันและกำจัดโรคพืช (Fungicide)		อื่นๆ		รวม	
	ปริมาณ (ตัน)	มูลค่า (ล้านบาท)	ปริมาณ (ตัน)	มูลค่า (ล้านบาท)	ปริมาณ (ตัน)	มูลค่า (ล้านบาท)	ปริมาณ (ตัน)	มูลค่า (ล้านบาท)	ปริมาณ (ตัน)	มูลค่า (ล้านบาท)
2554	112,177	11,480	34,672	5,938	12,179	3,875	5,511	777	164,538	22,070
2555	106,860	11,294	16,797	3,686	6,972	3,883	3,748	494	134,480	19,378
2556	137,049	14,873	21,485	4,201	10,350	4,828	3,942	514	172,826	24,416
2557	117,645	13,435	13,910	4,013	10,988	4,708	4,832	656	147,375	22,812
2558	119,971	11,016	12,927	3,684	11,088	3,839	5,560	787	149,546	19,326
2559	125,596	9,688	16,056	3,899	12,915	4,503	6,120	2,487	160,824	20,618
2560	148,979	13,686	21,601	6,166	19,923	6,974	7,814	1,096	198,317	27,922

หมายเหตุ : * ได้แก่ สารควบคุมการเจริญเติบโตของพืช สารรมควันพืช สารกำจัดหอยและหอยทาก สารกำจัด ไร ไล่เดือนฝอย สารกำจัดหนูที่มา : สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร (2560)⁽¹⁵⁾

ผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ส่งผลต่อสุขภาพ จำแนกตามประเภท

1. สารเคมีกำจัดแมลง (Insecticide) เป็นสารเคมีทางการเกษตรที่มีจำนวนชนิดมากที่สุด แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ตามชนิดของสารเคมีได้ 4 ประเภท คือ 1) กลุ่มออร์กาโนคลอรีน (Organochlorine) ซึ่งเป็นกลุ่มของสารเคมีที่มีคลอรีนเป็นองค์ประกอบสารเคมีกำจัดแมลงในกลุ่มนี้ที่นิยม

ใช้กันมาก เช่น ดีดีที (DDT) ดีลด์ริน (Dieldrin) ออลด์ริน (Aldrin) ที่ออกซาฟีน (Toxaphene) คลอเดน (Chlordane) และลินเดน (Lindane) เป็นต้น สารกลุ่มนี้ถูกดูดซึมที่ผิวหนัง เมื่อได้รับมาก ๆ จะทำให้ระบบประสาทส่วนกลาง ถูกขัดขวาง พบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ 2) กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต (Organophosphate) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีฟอสฟอรัสเป็นองค์ประกอบ เช่น มาลาไธออน (Malathion) และ

การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทรอบนอก โดยจะจับกับตัวเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ซึ่งมีหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทหยุดการทำงาน ผลการจับกับตัวเอ็นไซม์ทำให้ปริมาณของเอ็นไซม์ ลดลง และมีผลต่อกล้ามเนื้อต่าง ๆ ต่อมต่าง ๆ และกล้ามเนื้อเรียบซึ่งควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ในการทำงานมากกว่าปกติ เนื่องจากปริมาณเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสมีไม่มากพอที่จะหยุดการทำงาน พบอาการ ม่านตาหรี่ หายใจลำบาก เวียนศีรษะ อาเจียน มือสั่น เดินโซเซ ชัก หมดสติ ระบบกล้ามเนื้อพบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ตะคริว ที่กล้ามเนื้อ ต่อมต่าง ๆ ต่อมน้ำลายขับน้ำลายออกมา มาก ต่อมเหงื่อขับเหงื่อออกมามาก 3) กลุ่มคาร์บาเมต (Carbamate) ซึ่งมีคาร์บาริลเป็นองค์ประกอบสำคัญ เช่น คาร์บาริล (Carbaryl) คาร์โบฟูแรน (Carbofuran) และเมโทมิล (Methomyl) เป็นต้น สารในกลุ่มนี้มีการออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับสารออร์กาโนฟอสเฟต แต่ความเป็นพิษน้อยกว่า อาการที่เกิดขึ้นเหมือนกับที่ได้รับสารออร์กาโนฟอสเฟต ยกเว้นอาการชัก ไม่รู้สึกตัวเกิดขึ้นน้อย

1.2 กลุ่มไพรีทรอยด์ (Pyrethroid) เป็นสารเคมีกลุ่มที่สังเคราะห์ขึ้น โดยมีความสัมพันธ์ตามโครงสร้างของไพรีทริน ซึ่งเป็นสารธรรมชาติที่สกัดได้จากพืชไพรีทรัม เช่น เดลตามิทริน (Deltamethrin) เพอร์เมทริน (Permethrin) เรสเมทริน (Resmethrin) และไบโอเรสเมทริน (Bioresmethrin) เป็นต้น ซึ่งเป็นสารที่มีความไวทางชีวภาพสูง และใช้แบบเจาะจง สารกลุ่มนี้ถูกกำจัดออกจากร่างกาย ไม่ถูกสะสมอยู่ในร่างกาย พบอาการชา หายใจเร็วตื่น เจ็บคอ คอแห้ง แสบจมูก คันตามผิวหนัง ท้องเสีย น้ำลายไหลมาก หนักตากระตุก เดินโซเซ

2. สารป้องกันกำจัดวัชพืช (Herbicide) จำแนกตามการเลือกทำลายเป็น กลุ่ม ได้แก่ 1) สารชนิดเลือกทำลาย (Selective herbicide) โดยทำลายเฉพาะวัชพืช แต่ไม่เป็นอันตรายต่อพืชที่ปลูก เช่น 2,4-D กำจัดวัชพืชใบกว้างโดยไม่เป็นพิษต่อต้นข้าวที่เป็นพืชใบแคบ 2) สารชนิดไม่เลือกทำลาย (Non-selective herbicide) ทำลายวัชพืชใบแคบ ใบกว้าง หรืออก แนะนำให้ใช้กำจัดวัชพืชในที่ที่ไม่มีมีการปลูกพืช หรือถ้าจะพ่นในที่ที่มีพืชขึ้นอยู่หรืออยู่ใกล้เคียง ต้องพ่น

อย่างระมัดระวัง เช่น พาราควอท (Paraquat) ไกลโฟเสท (Glyphosate) เป็นต้น เป็นสารที่ออกฤทธิ์เร็วและจะเสื่อมฤทธิ์ทันทีเมื่อตกถึงพื้นดิน สารนี้ละลายน้ำและแอลกอฮอล์ได้ดี ไม่มีสี มีกลิ่นอ่อนๆคล้ายกลิ่นแอมโมเนีย สารนี้มีพิษต่อผิวหนัง และเยื่อเมือก พบอาการผิวหนังแห้งแตก ผื่นแดง เป็นแผล เล็บซีดขาว เล็บเปราะ ระบบหายใจ พบอาการไอ เลือดกำเดาไหล เจ็บคอ หากรับประทานเข้าไปทำให้เกิดพังผืดที่ปอด การหายใจล้มเหลว

3. สารกำจัดเชื้อรา (Fungicide) มีอยู่หลายกลุ่ม บางชนิดมีพิษน้อย แต่บางชนิดมีพิษมาก เช่น 1) กลุ่ม Dimethy Dithiocarbamates เช่น ไซแรม (Ziram) เฟอแบม (Ferbam) ไธแรม (Thiram) มีฤทธิ์ยับยั้งเอ็นไซม์ acetaldehyde dehydrogenase ในคนที่ดื่มสุรา 2) กลุ่ม Ethylenebisdithiocarbamates เช่น มาเนบ (Maneb) แมนโคแซบ (Mancozeb) ไซเนบ (Zineb) เป็นต้น กลุ่มนี้จะถูก Metabolize เป็น Ethylene thiourea ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในสัตว์ 3) กลุ่ม Methyl Mercury ดูดซึมได้ดีทางผิวหนัง และมีพิษต่อระบบประสาท 4) กลุ่ม Hexachlorobenzene ยับยั้งเอ็นไซม์ Uroporphyrinogen Decarboxylase มีพิษต่อดับ ผิวหนัง ข้อกระดูกอักเสบ 5) กลุ่ม Pentachlorophenol สัมผัสมากๆ ทำให้ไข้สูง เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว

4. สารกำจัดหนูและสัตว์แทะ (Rodenticides) ส่วนใหญ่เป็นสารกลุ่มที่มีฤทธิ์ด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น วอเฟาริน (Warfarin) ซิงค์ฟอสไฟต์ มีความเป็นพิษมากเมื่อถูกน้ำและกรดในกระเพาะอาหารเกิดปฏิกิริยาได้ก๊าซพิษฟอสฟีน ทำลายเซลล์กระเพาะอาหาร ดับ ไต การดูดซึมเข้าสู่ร่างกายทำให้มีน้ำคั่งในปอด ปวดศีรษะ หายใจขัด ความดันโลหิตสูง อาจทำให้เสียชีวิตภายในระยะเวลา 2-3 ชั่วโมง⁽³⁾

ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรโดยภาพรวม ถึงแม้ว่าการใช้สารเคมีจะช่วยเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการจ้างแรงงานในการดูแลผลผลิตให้ได้คุณภาพ แต่ในทางกลับกันการใช้สารเคมีทางการเกษตรก็มีโทษมากมายเช่นกัน

หากใช้สารเคมีอย่างไม่ถูกวิธีหรือมีวิธีป้องกันที่ไม่เพียงพอ และเหมาะสม ก็จะทำให้สารพิษเข้าสู่ร่างกายและเกิดการสะสมในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งผู้ผลิตคือเกษตรกรและผู้บริโภค อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อในด้านอื่นๆอีกมากมาย สรุปได้ดังนี้

1. ด้านการลงทุนและผลตอบแทน การเกษตรที่ใช้เทคโนโลยีทันสมัยต้องใช้สารเคมี ทั้งปุ๋ยและสารกำจัดศัตรูพืช ซึ่งต้องนำเข้าจากต่างประเทศมีราคาสูงมากขึ้น ตามอัตราค่าเงินบาทที่อ่อนตัวตามลำดับ เมื่อเทียบกับเงินตราต่างประเทศ ทำให้เกษตรกรต้องจ่ายเงินเพิ่มมากขึ้น ราคาผลผลิตการเกษตรที่เกษตรกรขายได้ ไม่ได้สูงขึ้นตามสัดส่วนของราคา สารเคมีเพิ่มมากขึ้นเกษตรกรขาดทุนมากขึ้น และเป็นหนี้เพิ่มมากขึ้น

2. ด้านสังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

2.1 มีสารเคมีปนเปื้อนในผลผลิตทางการเกษตร ทำให้ไม่ปลอดภัยทั้งต่อตัวเกษตรกรและต่อผู้บริโภคเกิดความไม่มั่นคงทางด้านอาหารในสังคมไทย

2.2 เกิดความขัดแย้งในชุมชน ระหว่างผู้ใช้สารเคมีกับผู้ได้รับผลกระทบ เช่น มีการไหลปนเปื้อนของสารกำจัดศัตรูพืชลงในแหล่งน้ำสาธารณะในชุมชน ทำให้ชาวบ้านที่เคยใช้น้ำในการอุปโภคบริโภคไม่สามารถใช้น้ำได้อย่างปลอดภัย และการฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชทำให้เกิดปัญหาสารเคมีตกค้างและปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม

2.3 ระบบนิเวศน์ถูกทำลายและเสียสมดุล ซึ่งสารเคมีได้ฆ่าศัตรูธรรมชาติของแมลงศัตรูพืช เช่นแมลงปอ ตัวห้ำตัวเบียน กบ เขียด คางคก งู เป็นต้น มีผลการศึกษาวิจัยทั้งจากกรมการข้าวกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ นักวิจัยในประเทศและต่างประเทศมากมายที่สนับสนุนว่า เมื่อมีการใช้คาร์โบฟูรานในนาข้าวแล้วก่อให้เกิดการระบาดของแมลงศัตรูพืชเพิ่มขึ้นของเพลี้ยกระโดดสีน้ำตาล ทำให้กรมการข้าวประกาศว่าจะต้องไม่นำคาร์โบฟูรานมาใช้ในนาข้าวเพราะนอกจากจะเป็นการลงทุนที่ก่อให้เกิดผลเสียทางเศรษฐกิจแล้วยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เนื่องจากคาร์โบฟูรานเป็นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษสูงต่อปลา สัตว์น้ำและสิ่งมีชีวิตในนา

ข้าวนำมาซึ่งการปนเปื้อนในห่วงโซ่อาหารของมนุษย์ และยังทำลายสมดุลของระบบนิเวศในนาข้าวทำให้แมลงศัตรูธรรมชาติที่เป็นผู้ล่าแมลงศัตรูพืชลดจำนวนลง ซึ่งประเทศอุตสาหกรรมและประเทศที่กำลังพัฒนาหลายแห่งได้กำหนดให้คาร์โบฟูราน เมทโทมิล อีพีเอ็น และไดโครโตฟอส เป็นสารเคมีต้องห้ามไม่สามารถผลิตนำเข้าใช้และตกค้างในพืชผลทางการเกษตรได้

3. ด้านสุขภาพของเกษตรกรและผู้บริโภค

3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพกาย คือ พิษเฉียบพลัน (Acute toxicity) ผู้ป่วยจะมีการแสดงในทันทีหลังจากที่มีการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง กระจกต้อ ร่วง หายใจติดขัด ตาพร่า แสบตา พิษเรื้อรัง (Chronic Toxicity) เกิดจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นเวลานานและเกิดพิษสะสมจนก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาต่อสุขภาพ เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่างๆ การเป็นหมัน การพิการของทารกแรกเกิด การสูญเสียการได้ยิน การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

3.2 ผลกระทบต่อสุขภาพจิต การใช้สารกำจัดศัตรูพืชทำให้สุขภาพของเกษตรกรเสื่อมโทรมลง เช่น ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อย เหนื่อยง่าย หายใจหอบ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อาเจียน มีผดผื่นคันตามร่างกาย และในขั้นรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ผลจากการมีสุขภาพกายเสื่อมโทรมดังกล่าวย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามมา เช่น เกิดอาการหงุดหงิด ไร้ความสนใจ วิตกกังวลและหวาดกลัวต่อการสูญเสียความสามารถในการทำงาน หรือกลัวที่จะสูญเสียชีวิต นอกจากนี้เกษตรกรเกิดความเครียดจากการมีหนี้สินเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากการมีค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเพิ่มมากขึ้น เช่น ค่าสารกำจัดศัตรูพืช ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยจากสารเคมี เป็นต้น

4. ด้านเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ

สินค้าการเกษตรที่ส่งออกของประเทศได้รับการกีดกันจากประเทศผู้นำเข้า เนื่องจากมีสารเคมีตกค้างเกินกว่าปริมาณที่รับได้ ทำ

ให้มีปัญหาสินค้าถูกกักกันที่จุดนำเข้าแล้วส่งกลับหรือถูกทำลาย รัฐต้องเสียงบประมาณในการตรวจวิเคราะห์และควบคุมสารเคมีทางการเกษตรตามกฎหมายปีละหลายพันล้านบาท และรัฐต้องเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยไข้เนื่องจากสาเหตุของสารพิษตกค้างในอาหารและสัมผัสโดยตรงที่ไม่สามารถจะประเมินเป็นมูลค่าได้ (ศักดา ศรีนิเวศน์ และนันทนา ทราบรัมย์, มปป.; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, มปป.)

การดูแลและป้องกันสุขภาพสำหรับเกษตรกรและผู้บริโภคอย่างยั่งยืน

การเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีเพื่อกำจัดศัตรูพืชไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเฉพาะเพียงกลุ่มเดียว แต่ยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้บริโภคอีกด้วย รวมถึงสารเคมีทางการเกษตรนอกจากจะปนเปื้อนในพืช ผัก ผลไม้แล้วยังเกิดการสะสมในสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำ ดิน บรรยากาศ ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดจากการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชจึงจำเป็นจะต้องได้รับการดำเนินการควบคุม แก้ไข เพื่อที่จะลดจำนวนผู้ป่วยทั้งเกษตรกรและผู้บริโภค ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายโดยเฉพาะเกษตรกรเองต้อง ลด ละ เลิก การใช้สารเคมี หากมีความจำเป็นที่ต้องใช้สารเคมีอยู่เกษตรกรควรปฏิบัติดังนี้ 1) ให้เกษตรกรอ่านฉลากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนใช้และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด 2) ใส่อุปกรณ์เครื่องมือป้องกันอันตรายจากสารเคมีขณะทำงาน เช่น เสื้อผ้ามีฉนวนกันความร้อน หน้ากาก ถุงมือ รองเท้า เป็นต้น 3) ถอดชุดและอุปกรณ์ทุกชิ้นที่ใช้ขณะฉีดพ่น หรือทำงาน แยกซักจากเสื้อผ้าอื่นๆ แล้วรีบอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที 4) ทิ้งผลิตภัณฑ์บรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ถูกต้อง คัดแยกออกจากขยะทั่วไปให้อยู่ในกลุ่มขยะอันตราย ทิ้งให้ห่างไกลจากแหล่งน้ำ ป้องกันการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม โดยเกษตรกรพึงตระหนักว่าการใช้สารเคมีทำให้เสียสองต่อ กล่าวคือนอกจากจะเสียเงินในการซื้อสารเคมีเพื่อเพิ่มผลผลิต ในอนาคตต้องนำเงินที่ได้นั้นมารักษาสุขภาพที่เสียไปจากสารเคมี เสียทั้งสุขภาพและเงิน ดังนั้นเกษตรกรควร ลด ละ

เลิก การใช้สารเคมี เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเกษตรกรเองและครอบครัว (3) อย่างไรก็ตามเกษตรกรยังมีทางเลือกเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้วิธีเกษตรแผนใหม่หรือเกษตรอินทรีย์ ที่เน้นการใช้สารชีวภาพ ลดปริมาณการใช้สารเคมีได้แก่ การหมุนเวียนพืช การปลูกพืชแบบผสมผสาน การปลูกพืชกับดักเพื่อดึงดูดแมลงศัตรูพืชให้ห่างจากพืชที่ต้องการเก็บผลผลิต การควบคุมศัตรูพืชทางชีวภาพเช่น การใช้ฟีโรโมน เชื้อราที่ก่อให้เกิดโรค แบคทีเรียและไวรัส และการปล่อยสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ เช่นนักล่าศัตรูพืชและปรสิตธรรมชาติเพื่อควบคุมแมลงศัตรูพืช (16) นอกจากนี้การจัดตั้งกลุ่มเกษตรกรเพื่อช่วยกระตุ้นเตือนการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังเป็นอีกแนวทางหนึ่งซึ่งช่วยลดความเสี่ยงจากอันตรายของสารเคมีได้ โดยการให้ความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชผ่านเสียงตามสาย การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่ถูกต้อง การตรวจหาสารเคมีตกค้างในเลือด และการส่งเสริมการทำปุ๋ยชีวภาพแทนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชุมชน (17)

ดังนั้น ผลกระทบจากสารกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพคนไทยจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข และรัฐบาลต้องดำเนินการปฏิรูปขยายพื้นที่การทำระบบเกษตรกรรมยั่งยืนให้มีสัดส่วนพื้นที่อย่างน้อยหนึ่งในสี่ของพื้นที่เกษตรกรรม เพื่อสร้างความปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหารและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของภาคเกษตรกรรมไทย โดยให้มีการควบคุมการโฆษณาที่ส่งเสริมการใช้สารเคมีการเกษตร และควรเผยแพร่การใช้ปุ๋ยอินทรีย์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมให้มีแปลงสาธิตการทำเกษตรอินทรีย์ และรณรงค์การลด ละ เลิกการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างยั่งยืน เพื่อรักษาสิ่งแวดล้อมตลอดจนสุขภาพของเกษตรกรและผู้บริโภค นอกจากนี้รัฐบาลต้องเร่งพัฒนาระบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและภัยคุกคามต่อสุขภาพ เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของสังคมไทย

สรุป

ประเทศไทยมีการนำเข้าและใช้สารเคมีกำจัดศัตรูทางการเกษตรเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งอาจส่งผลถึงความเสี่ยงของประชาชนในการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมไปถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถประมาณการผลลัพธ์ที่แท้จริงได้อย่างแน่ชัด นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชจึงมีผลอย่างยิ่งต่อการได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย หากใช้ไม่ถูกต้องหรือมีการสัมผัสในปริมาณมากและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาสั้น สารเคมีเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ แม้ว่าปัญหาทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นกับเกษตรกรที่ได้รับพิษเฉียบพลัน แต่ภัยมืดที่อันตรายกว่าคือพิษสะสมจากการสัมผัสหรือได้รับสารเคมีอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการใช้ การอยู่ใกล้พื้นที่เกษตรกรรมที่ใช้สารเคมีจำนวนมาก และการบริโภคอาหารที่มีสารเคมีตกค้าง ซึ่งส่งผลให้เกิดโรครื้อรัง เช่น มะเร็ง พาร์กินสัน หรือการพิการของทารกแรกเกิด เป็นต้น สถิติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอีกหนึ่งสัญญาณว่าสังคมไทยกำลังผจญ

กับความเล็งด้านสารเคมีและมลพิษ นอกจากนี้สารเคมีกำจัดศัตรูทางการเกษตรยังส่งผลกระทบต่อทางจิตให้แก่เกษตรกร ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ไร้ความ วิตกกังวล หากเกษตรกรและผู้บริโภคยังห่วงผลประโยชน์ระยะสั้นเฉพาะหน้า ได้แก่ การได้ผลผลิตที่มีลักษณะภายนอกสวยงามดึงดูดใจคนซื้อ การได้บริโภคผักผลไม้ราคาถูกที่แม้จะเจ็บปวสสารพิษก็ไม่สนใจหรือการประหยัดแรงงานในการดูแลพืชผลทางการเกษตร เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้นเราจึงควรมีการรณรงค์ลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างจริงจัง ทบทวนและปรับปรุงกลไกการควบคุมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการผลิต ค่านิยมและการบริโภคอาหาร ให้มีคุณภาพและปลอดภัยยิ่งขึ้นตั้งแต่กระบวนการผลิตไปจนกระทั่งการเก็บเกี่ยวผลผลิต โดยการส่งเสริมการเพาะปลูกแบบเกษตรอินทรีย์ รวมทั้งการใช้สารชีวภาพทดแทนสารเคมีในการป้องกันกำจัดศัตรูพืช ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ล้วนเป็นการทำการเกษตรที่ให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน ปลอดภัยทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค อีกทั้งเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา. สุขภาพคนไทยและความมั่นคงทางอาหาร. อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, กรุงเทพฯ, 2555.
2. โต้ะข้าวเกษตร. การเกษตรไทยต้องพึ่งพาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจริงหรือ. คมชัดลึก, 2560.
3. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. โรคและภัยจากการประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรม. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559. 4-18.
4. ศูนย์พิษวิทยา. ภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
5. ชีรพัฒน์ สุทธิประภา. กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมี. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2550.
6. รัศมี แสงศิริมงคลยิ่งและคณะ. การศึกษาการปนเปื้อนของสารกำจัดศัตรูพืชสู่สิ่งแวดล้อมในวิทยาลัยพยาบาลพัฒนา. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 10 (2), 2558. 22-37.
7. นัฐวุฒิ ไผ่ผาด และคณะ. ผลจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม อำเภอวังจันทน์กาฬสินธุ์. วารสารแก่นเกษตร. 42 (3), 2557. 301-310.
8. พิรพัฒน์ ธรรมงะ. การศึกษาพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรน ผ่าป่าเกาะงู บ้านสาขานาเล ตำบลโหล่งซอด อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
9. พันธญาณี ไชยแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับสุขภาพเกษตรกรเพาะ ปลูกในตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.

10. อิศราภรณ์ หงษ์ทอง และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. ผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพเกษตรกรกลุ่มปลูกหอมแดง ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์. 2(2), 2552. 63-70.
11. ศรีณย์ วัชรธาดา. การเลือกใช้สารป้องกันศัตรูพืช. สำนักควบคุมพืชและวัสดุทางการเกษตร, 2550.
12. Clevo Wilson and Clem Tisdell. **Why farmers continue to use pesticides despite environmental, health and sustainability costs.** Ecological Economics. 39, 2001. 449-462
13. Christos A. Damalas and Ilias G. Eleftherohorinos. **Pesticide Exposure, Safety Issues, and Risk Assessment Indicators.** International Journal of Environmental Research and Public Health, 8, 2011. 1402-1419.
14. สาคร ศรีมุข. ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทย. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (17), 2556. 38-45.
15. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. ข้อมูลเศรษฐกิจการเกษตร. กรมวิชาการเกษตร สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2560.
16. Frank D. H., Peter G. and Nico M. S. **Pesticides Problems, Improvements, Alternatives.** Blackwell Publishing Ltd, 2007. 273.
17. พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และ พิรญา อึ้งอุครภักดี. การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันผลกระทบ ทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงในตำบลชัยภูมิพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 25(4), 2559. 593-604.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี

Factors effected to self efficiency intelligence quotient in children

aged 3 – 5 years in Ubon Ratchathani Province.

วาสนา ศรีพูล¹, สุภาพร ใจการุณ², จำลอง วงษ์ประเสริฐ³

Wassana Sripool¹, Supaporn Chaigarun², Jumlong Vongprasert³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ ปัจจัยจากตัวเด็ก ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมกับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี 3) เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี จำนวน 220 คน โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถพยากรณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี โดยเรียงลำดับความสำคัญตัวแปร ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พันธุกรรม ปัจจัยซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้เลี้ยงดูหลัก อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .546 2. สมการพยากรณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเขียนในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ $Y' = 83.475 + 8.305X_3 - 10.555X_4 + 6.228X_5 + .193X_{11} + 3.926X_8 + 5.140X_6 + 2.475X_7$, สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z'_y = .313Z_3 - .240Z_4 + .229Z_5 + .249Z_{11} + .155X_8 + .165Z_6 + .169Z_7$,

คำสำคัญ: ความสามารถทางเชาวน์ปัญญา

ABSTRACT

The research aimed 1) to study the factors which affected the intelligence quotient of the children aged between 3 and 5 years in Ubon Ratchathani province; 2) to investigate the relations between nutrition, children, their families, and environments and the intelligence quotient of the children aged between 3 and 5 years; and 3) to explore the good predictive variables related to the intelligence quotient of the children in the study. The samples were 220 children aged between 3 and 5 years. They were obtained by a multistage random sampling. The research instrument was a questionnaire. Statistics used in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's co-relation coefficient and multiple regression analysis.

The research findings were as follows. 1. The good predictive variables which could affect the intelligence quotient of the children under study could be arranged in a descending order: body weight at birth, breastfeeding, genetics, perception of faculty and social support, Parental, a mother's age, and monthly income. All these variables were linearly related with a statistical significance of .05. A multiple co-relation coefficient was equivalent to .546. 2. A predictive equation for the intelligence quotient of the children aged 3-5 years can be written in the forms of raw scores and standardized scores as follows: A predictive equation raw scores: $Y' = 83.475 + 8.305X_3 - 10.555X_4 + 6.228X_5 + .193X_{11} + 3.926X_8 + 5.140X_6 + 2.475X_7$, A predictive equation in standardized scores: $Z'_y = .313Z_3 - .240Z_4 + .229Z_5 + .249Z_{11} + .155X_8 + .165Z_6 + .169Z_7$,

Keyword: Intelligence Quotient

¹ นักศึกษาลัทธิศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ รองศาสตราจารย์ ประจำคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทนำ

การพัฒนาคนนั้นควรเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญและมีคุณค่าในการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กปฐมวัยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิตและนับว่าเป็นช่วงที่สำคัญ เพราะพัฒนาการทุกด้านเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่องกันและเป็นพื้นฐานในการวางรากฐานของพัฒนาการทุกด้าน⁽¹¹⁾

จากผลการดำเนินการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ ได้ดำเนินการสำรวจสถานการณ์ความสามารถทางเชาวน์ปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ จำนวน 23,641 คน ทำการสำรวจในโรงเรียนสังกัด สพฐ. , เทศบาล , กทม. , อุดมศึกษา (สาธิต) , เอกชน และ ดชด. จำนวน 1,291 แห่ง ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนในระดับจังหวัดได้ พบว่า เด็กมีคะแนนไอคิวเฉลี่ยอยู่ที่ 98.23 สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจในปี 2554 ที่ไอคิวเฉลี่ยอยู่ที่ 94 เด็กไทยมีไอคิวอยู่ในเกณฑ์ปกติถึง 2 ใน 3 หรือ ร้อยละ 68 ขณะที่เด็กจาก 42 จังหวัดรวมทั้งกรุงเทพมหานคร มีไอคิว สูงเกิน 100 ขึ้นไป อย่างไรก็ดี ยังมีเด็กบางส่วนใน 35 จังหวัดที่ไอคิวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ ยังพบเด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องหรือต่ำกว่า 70 ถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากล ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 2 โดยพบเด็กในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีปัจจัยเสี่ยงสูงกว่าภาคอื่นๆ

จังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการสำรวจความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กนักเรียน โดยใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version: update 2003) มีข้อคำถาม 60 ข้อ เป็นแบบทดสอบนำเข้าจากต่างประเทศ⁽¹³⁾ ซึ่งทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559 จากการสุ่มสำรวจระดับเชาวน์ปัญญาของเด็กนักเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 278 คน พบว่า ระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ 89.67 โดยภาพรวม IQ ของเด็กนักเรียนจังหวัดอุบลราชธานีมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ามาตรฐานสากล และจัดอยู่ลำดับที่ 76 ของประเทศไทย สรุปได้ว่า ภาพรวม IQ เฉลี่ยของเด็กนักเรียน

ไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี 2559 สูงขึ้นเมื่อเทียบกับ IQ เฉลี่ยของเด็กนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี 2554 แต่ยังคงต่ำกว่ามาตรฐานสากลเล็กน้อย และมีการกระจายตัวในลักษณะที่มีเด็กที่ IQ ต่ำกว่าค่าปกติ อยู่สูงกว่ามาตรฐานสากล ซึ่งจะเห็นได้ว่าเด็กที่มี IQ ต่ำ ก็จะต่ำมาก ในขณะที่เด็ก IQ สูง มีแนวโน้มสูงมากขึ้น คล้ายคลึงกับการกระจายในปี 2554 อธิบายได้ว่ายังพบความเหลื่อมล้ำ และมีช่องว่าง (Gap) ระหว่างกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาสูงกับกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาต่ำ และมีแนวโน้มที่ช่องว่างนี้จะขยายมากขึ้น ถ้าไม่มีการดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มที่มีปัญหาอย่างถูกต้องและทันทั่วถึง

การศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอายุ 10 – 12 ปี ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญคือรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 6,000 บาท, ระดับการศึกษาของบิดาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6, ปัจจัยด้านการใช้เวลาว่างที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การอ่านหนังสือเรียน และการใช้คอมพิวเตอร์เกินกว่า 2 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีสติปัญญาต่ำ⁽⁸⁾

จากการศึกษา เด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบที่กิน พิษชา บิสกิต ขนมกรุบกรอบ และมันฝรั่งทอดมากๆ มักมีไอคิวลดลงเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี เด็กที่กินอาหารขยะพวกนี้จะมีไอคิวต่ำกว่าเด็กที่กินผักผลไม้และอาหารปรุงเองในบ้านถึง 5 คะแนน ซึ่งได้นำปัจจัยเกี่ยวกับชนชั้นทางสังคม การกินนมแม่ ระดับการศึกษาและอายุของมารดาาร่วมพิจารณาด้วยรวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้าน พบว่า การได้รับสารอาหารที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในช่วง 3 ขวบปีแรกของชีวิตจะทำให้สมองเติบโตได้อย่างเต็มที่ และพบว่า ถ้าเด็กกินอาหารแปรรูปเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนนจะมีไอคิวลดลง 1.67 คะแนน⁽¹⁷⁾

กรมอนามัยได้ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย โดยสุ่มตัวอย่างสามขั้นตอน ในเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวน 31จังหวัด กลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กไทยอายุ 8 เดือน 16 วัน ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน รวมทั้งสิ้น 9,986 คน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

ภาวะโภชนาการของเด็กแบ่งได้ดังนี้ ด้านแม่ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง การตั้งครรภ์ และยาเสริมไอโอดีน เหล็ก และ โฟลิก ปัจจัย แวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด การกินนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน และการได้รับยาลูกเสริมธาตุ เหล็ก ข้อเสนอแนะ 1) สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ เด็ก 2) สถานบริการให้บริการตามมาตรฐาน⁽¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ส่วน ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และ การเล่านิทานให้เด็กฟัง สำหรับ ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีโรคประจำตัว⁽⁷⁾

ผลการวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและความถนัด ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ความสามารถทางสติปัญญาและความถนัดของบุคคลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ยาที่ใช้ระหว่างตั้งครรภ์, การติดเชื้อ, สารพิษต่างๆ, สารอาหาร, การศึกษา, ระยะเวลาการตั้งครรภ์, น้ำหนักแรกคลอด, การอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว⁽⁶⁾

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ ได้สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2559 พบว่า เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) เท่ากับ 98.23 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ก่อนไปทางต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ=100) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อระดับสติปัญญาคือ ปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ (Biological Risk Factor) ได้แก่ ภาวะช็อคจากการขาดธาตุเหล็ก, ภาวะขาดสาร

ไอโอดีน, ภาวะเด็ยและแคระแกร็น, การได้รับสารตะกั่วปนเปื้อน ปัจจัยเสี่ยงทางจิต-สังคม (Psychological Risk Factor) ได้แก่ ขาดโอกาสในการเรียนรู้และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กและผู้ดูแล, ภาวะซึมเศร้าในแม่, การเผชิญกับความรุนแรงในชุมชนและสังคม, การเติบโตในสถานสงเคราะห์

จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี โดยได้นำทฤษฎีทางเชาวน์ปัญญา เพื่อใช้อธิบายและทำนายความสามารถทางเชาวน์ปัญญา ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) จะอธิบายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ประกอบด้วย การได้รับความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือ วัสดุสิ่งของต่างๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมนั้นอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์หรือหลายบุคคลร่วมกัน ทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกิดความรู้สึกผูกพัน และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁽¹⁶⁾ การศึกษาดังกล่าวมีจุดมุ่งหมายที่จะนำข้อค้นพบจากการวิจัย นำเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงานที่มีส่วนในการเสริมสร้างสุขภาพประชาชน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เพื่อนำมาประกอบการกำหนดกลยุทธ์หรือวางแผนยุทธศาสตร์จังหวัดอุบลราชธานี ในการดำเนินงานพัฒนาความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของเด็กอายุ 3-5 ปีที่เหมาะสม กับสภาพปัญหาในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ ปัจจัยจากตัวเด็ก ปัจจัยด้านครอบครัวและสิ่งแวดล้อมกับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กที่มีอายุ 3-5 ปี และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาในช่วงเดือน พฤษภาคม – เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 70,631 คน

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ชูแมคเกอร์ และโลแมกซ์ , แฮร์ และคณะ⁽⁹⁾ เสนอให้ใช้ Rule of Thumb ซึ่งคำนวณตัวอย่างวิกฤติ (Critical N : CN) เป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถยอมรับผลการทดสอบความกลมกลืนได้ ที่นักสถิติวิเคราะห์ตัวแปรพหุใช้กันมากคือ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10-20 คนต่อตัวแปรในการวิจัยหนึ่งตัวแปร ซึ่งวิจัยนี้มีตัวแปรทั้งหมด 11 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 220 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งได้จากการสร้างขึ้นโดยยึดหลักแนวคิดจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับตัวผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ อายุครรภ์ น้ำหนักตัวแรกคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ อายุของแม่ ขณะตั้งครรภ์ รายได้ของครอบครัว ผู้เลี้ยงดูหลัก พันธุกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของเด็ก ข้อคำถามแยกเป็นตามเกณฑ์อายุ โดยมีข้อคำถามช่วงอายุละ 3 ข้อ แตกต่างกันไป เริ่มจากอายุ 2-15 ปี

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับความสามารถทางเชาวน์ปัญญา มีลักษณะคำถามเป็นชนิดให้เลือกคำตอบ Interval Scale จำนวน 20 ข้อ มีข้อให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ถูก” และ “ผิด”

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura เป็นการสอบถามตามความรู้สึก ความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 และนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ หากความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาตรวจให้คะแนนและหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ในส่วนของแบบทดสอบ เกี่ยวกับความรู้ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยใช้วิธีหา KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 มีค่าความยาก (Level of Difficult : p) อยู่ระหว่าง .47-80 และมีค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power : r) อยู่ระหว่าง .02-.87 ส่วนแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura เป็นการสอบถามตามความรู้สึก ความเชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ส่วนแบบสอบถามทั้งฉบับใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -coefficient) โดยวิธีของ Cronbach Method⁽²⁾ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .79

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การคำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร อายุ เพศ อายุครรภ์ น้ำหนักตัวแรกคลอด นมแม่ สารอาหาร ระดับการศึกษาของพ่อแม่ อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์ รายได้ของครอบครัว ผู้เลี้ยงดูหลัก ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ หากความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach)⁽⁴⁾, การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)⁽⁵⁾ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ระหว่างปัจจัยจากตัวเด็ก ปัจจัยด้าน

ภาวะโภชนาการ ปัจจัยด้านครอบครัว/สิ่งแวดล้อม โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาคถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) จะช่วยให้ได้สมการพยากรณ์เชิงเส้นตรงในรูปคะแนนดิบ

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ราชภัฏอุบลราชธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี เอกสารรับรองหมายเลข HE601005 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กอายุ 3-5 ปี และผู้ปกครอง/ผู้ดูแลหลัก ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน หลังจากที่ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในการวิจัยครบถ้วนแล้ว การปกปิดความลับของข้อมูลที่ได้จากการประเมินความสามารถทางเชาวน์ปัญญา และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยดำเนินการอย่างเคร่งครัดทั้งในรายงานการวิจัยและกับบุคคลภายนอก

สรุปและอภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ปัจจัยจากตัวเด็ก พบว่า อายุ เพศ มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนน้ำหนักแรกคลอด มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายผลตามตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1.1 อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การพัฒนาความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเริ่มเรียนรู้ได้ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงอายุ 10 ปี และระดับอายุที่พัฒนาการของเชาวน์ปัญญาถึงขั้นสูงสุดคือระหว่างอายุ 15-25 ปี เชาวน์ปัญญาเมื่อพัฒนาถึงขั้นสูงสุดจะค่อยๆเสื่อมลงตามวัย แต่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป แทบสังเกตไม่ได้ การเสื่อมของเชาวน์ปัญญาในแต่ละด้านอาจเสื่อมเร็วและช้าไม่เท่ากัน จึงทำให้มีระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของเขาวรัตน์ รัตนันต์, 2557 ที่

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า เด็กอายุ 1-3 ปี และอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ เป็นการแสดงถึงพัฒนาการที่ลดน้อยลงเมื่อเด็กมีอายุเพิ่มขึ้น

1.2 เพศ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงความแตกต่างของความสามารถด้านร่างกายและยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้านค่านิยม เป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม แต่ในด้านความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เพศไม่มีความแตกต่างเนื่องจากเพศชายหรือเพศหญิง มีความสนใจและมีความตระหนักในการพัฒนาเชาวน์ปัญญา และปัจจุบันเด็กได้รับการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการจากครู ผู้ดูแล ทำให้ได้รับการอบรมเลี้ยงดู การให้ความรู้เท่ากัน ทำให้ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถทางเชาวน์ปัญญาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมชาย จักรพันธ์, ม.ล., และคณะ, 2553 จัดทำโครงการสำรวจสถานการณ์สติปัญญาเด็กไทย ช่วงปฐมวัยและวัยเรียนขึ้น กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนอายุ 3-11 ปี พบว่า เพศชายมีไอคิวเท่ากับ 102.3 เพศหญิงเท่ากับ 103.9 ไม่สอดคล้องกับนิชรา เรืองดารกานนท์, 2554 ได้สำรวจระดับสติปัญญาและความถนัดเด็กไทยวัยเรียน 6-14 ปี จำนวน 5,998 คน ด้วยแบบทดสอบ TONI-3 พบว่า มีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ย 91.4 เด็กในเขตเมืองแนวโน้มนคะแนนสูงกว่าเด็กนอกเขตเมืองถึงเกือบ 5 คะแนน และพบแนวโน้มว่า เพศหญิงมีสติปัญญาสูงกว่าเพศชาย 92.1 และ 90.8 ตามลำดับ

1.3 อายุครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า แม่ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีโอกาสที่ระดับ IQ จะต่ำกว่า เด็กที่แม่มีอายุครรภ์ปกติ ถึง 5.17 คะแนน⁽¹⁴⁾ สมองมีการเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อจะได้ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของทุกอวัยวะในร่างกายให้ลงตัวและสมบูรณ์ และในขณะที่ทุกอวัยวะมีการเติบโตต่อเนื่องหลังคลอดก็ยังต้องอาศัยความสมบูรณ์ของสมองในการควบคุม

ด้วย การดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์ ในเรื่องของอาหาร ความเป็นอยู่ หลีกเลี่ยงมลภาวะที่เป็นพิษ และการดูแลในเรื่องของอารมณ์ให้เบิกบาน เป็นคุณแม่ที่มีความสุข รวมถึงการกระตุ้นหรือสื่อสารกับลูกอย่างเหมาะสมพอควรก็จะช่วยให้ลูกมีสมองที่ประกอบด้วย IQ และ EQ ที่สมดุล ช่วยให้ลูกมีศักยภาพในการเรียนรู้ตามวัยได้เต็มที่และมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาทางสติปัญญาและความถนัด ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่าความสามารถทางสติปัญญาและความถนัดของบุคคลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ส่วน ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และ การให้นิทานให้เด็กฟัง สำหรับ ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีโรคประจำตัว⁽⁷⁾

1.4 น้ำหนักแรกคลอด มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เด็กที่น้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสที่จะมีการพัฒนาสติปัญญาช้ากว่า เด็กปกติ ถึง 2.8 เท่า⁽¹⁴⁾ รวมถึงการบริการอนามัยแม่และเด็ก เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพของประชากร ซึ่งเริ่มตั้งแต่การดูแลครรภ์ต่อเนื่องมาถึงการดูแลเด็กในช่วงปฐมวัย ทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ส่งผลต่อการพัฒนาการเด็กตลอดจนระดับไอคิวและอีควมีแนวโน้มลดลง ดังการศึกษาของกรมอนามัยได้ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กแบ่งได้ ดังนี้ ด้านแม่ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และยาเสริมไอโอดีน

เหล็ก และ โฟลิก บังคับแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก⁽¹⁾ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ส่วน ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และ การให้นิทานให้เด็กฟัง สำหรับ ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีโรคประจำตัว⁽⁷⁾ สอดคล้องกับ ผลการวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการทางสติปัญญาและความถนัด ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่าความสามารถทางสติปัญญาและความถนัดของบุคคลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ยาที่ใช้ระหว่างตั้งครรภ์, การติดเชื้อ, สารพิษต่าง ๆ, สารอาหาร, การศึกษา, ระยะเวลาการตั้งครรภ์, น้ำหนักแรกคลอด, การอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว⁽⁶⁾

2. ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการ ปัจจัยด้านภาวะโภชนาการที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่

2.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาการดื่มนมแม่ มีผลต่อระดับคะแนน IQ ที่สูงขึ้น เด็กที่ดื่มนมแม่นานกว่า 6 เดือน จะมีระดับคะแนน IQ เฉลี่ยสูงกว่าเด็กที่ดื่มน้อยกว่า 3 เดือน ประมาณ 6 คะแนน และสูงกว่าเด็กที่ไม่ดื่มนมแม่เลยประมาณ 9 คะแนน (Emend AM 2008 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต 2555: 8) และจากผลศึกษาวิจัยหลายชิ้นได้แสดงให้เห็นไปในทางเดียวกันว่า การให้นมแม่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาสมองของทารก เพราะสารอาหารต่างๆ ในนมแม่ คือ แหล่งรวมสารส่งเสริมพัฒนาการของ

สมอง ภูมิคุ้มกัน ฮอร์โมน อนุโมลิสระที่จำเป็นสำหรับทารก ช่วยป้องกันความเจ็บป่วยและทำให้ทารกเจริญเติบโตอย่างแข็งแรงสมบูรณ์ ส่งผลโดยตรงต่อการเรียนรู้ของเด็ก เสริมสร้างระดับสติปัญญา (ไอคิว) ในเด็กให้เพิ่มขึ้นได้ จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่สังคมไทยต้องหันมาใส่ใจและให้ความสำคัญกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย โดยสุ่มตัวอย่างสามขั้นตอน ในเขตสุขภาพที่ 1-12 จำนวน 31 จังหวัด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กแบ่งได้ ดังนี้ ด้านแม่ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และยาเสริมไอโอดีน เหล็ก และ โฟลิก ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแลด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการได้รับยาคูเสริมธาตุเหล็ก ข้อเสนอแนะ 1) สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก 2) สถานบริการให้บริการตามมาตรฐาน (ชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ 2557: 1) และสอดคล้องกับ ดร.พอลลิน เอ็มเม็ต และ ดร.เคต นอร์ทสตัน ได้ทำการวิจัยพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบที่กินพืชช้า บิสกิต ขนมกรุบกรอบ และมันฝรั่งทอดมากๆ มักมีไอคิวลดลงเมื่อเวลาผ่านไป 5 ปี เด็กที่กินอาหารขยะพวกนี้จะมีไอคิวต่ำกว่าเด็กที่กินผักผลไม้และอาหารปรุงเองในบ้านถึง 5 คะแนน ซึ่งได้นำปัจจัยเกี่ยวกับชนชั้นทางสังคม การกินนมแม่ ระดับการศึกษาและอายุของมารดาาร่วมพิจารณาด้วย รวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้าน พบว่า การได้รับสารอาหารที่ดีเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในช่วง 3 ขวบปีแรกของชีวิตจะทำให้สมองเติบโตได้อย่างเต็มที่ และพบว่า ถ้าเด็กกินอาหารแปรรูปเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 คะแนนจะมีไอคิวลดลง 1.67 คะแนน (Emmet, P and Nortston, K 2560) สอดคล้องกับ ดร.เบอร์นาร์โด เลสซา ฮอร์ตา แห่งมหาวิทยาลัยเปโลต้าส บราซิล ศึกษาพบว่า ทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ส่งผลดีต่อพัฒนาการทางสมองและความฉลาดของเด็ก การศึกษาชิ้นนี้ช่วยยืนยันว่าการยึดระยะเวลาที่แม่ให้ลูกกินนม ไม่ได้ช่วยให้เด็กโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่ฉลาดขึ้นอย่างน้อยถึงอายุ 30 ปีเท่านั้น แต่ยังมีผลในเรื่องทางสังคมคือช่วยให้โตขึ้นประสบความสำเร็จในการศึกษาและมีรายได้จากการทำงานเพิ่มขึ้นด้วย และ

การศึกษาพบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงและมีฐานะดี ไม่นิยมที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ปัจจัยครอบครัว/สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านครอบครัว/สิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

3.1 ระดับการศึกษาของพ่อแม่ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การที่ระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของเด็กจะมากหรือน้อย อาจไม่ได้เกิดจากระดับการศึกษาของพ่อแม่ เนื่องจากยังมีปัจจัยอย่างอื่นที่สนับสนุนให้เด็ก สามารถมีระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาได้ดี เช่น การได้รับการสนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัว จากข่าวสารต่างๆ จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ระบบInternet และจากครูผู้สอนได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอายุ 10 – 12 ปี ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญคือ รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 6,000 บาท, ระดับการศึกษาของบิดาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 ,ปัจจัยด้านการใช้เวลาว่างที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีสติปัญญาต่ำ⁽⁸⁾ ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย ในเขตสุขภาพที่ 1-12 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กแบ่งได้ ดังนี้ ด้านแม่ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และยาเสริมไอโอดีน เหล็ก และ โฟลิก ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแลด้านเด็ก ได้แก่ น้ำหนักแรกคลอด การกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการได้รับยาคูเสริมธาตุเหล็ก ข้อเสนอแนะ 1) สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็ก 2) สถานบริการให้บริการตามมาตรฐาน⁽¹⁾ ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา

อาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัว และภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ส่วน ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และ การเล่นนิทานให้เด็กฟัง สำหรับ ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีโรคประจำตัว ไม่สอดคล้องกับ ผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและความถนัด ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกับความสามารถทางสติปัญญาและความถนัดของบุคคลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ยาที่ใช้ระหว่างตั้งครรภ์ , การติดเชื้อ , สารพิษต่างๆ , สารอาหาร , การศึกษา , ระยะเวลาการตั้งครรภ์ , น้ำหนักแรกคลอด , การอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว⁽⁶⁾

3.2 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า สถานะทางสังคม เด็กที่ยากจนจะมีระดับคะแนนเฉลี่ย IQ ประมาณ 100 คะแนน ส่วนเด็กที่อยู่ในสถานะทางสังคมสูงพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ย IQ ประมาณ 119 คะแนน⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับฮอร์ดดาและทีมวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษา พบว่าตัวแปรทางสังคมและชีววิทยาที่จะมีผลต่อไอคิวของเด็ก ได้แก่ รายได้ของครอบครัวขณะที่เกิด, ระดับการศึกษาของพ่อแม่, พันธุกรรมของบรรพบุรุษ, ขณะตั้งครรภ์แม่สูบบุหรี่หรือไม่, อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์, น้ำหนักของทารกตอนคลอดและวิธีการที่คลอดลูก ส่งผลให้เด็กมีความฉลาดขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอายุ 10 – 12 ปี ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญคือรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 6,000 บาท มีความสัมพันธ์กับระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญ (พัชรวิวรรณ แสงเรือง และรัตโนทัย พลับรู้อการ 2555: 31-39) สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่

ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และ การเล่นนิทานให้เด็กฟัง สำหรับ และปัจจัยด้านเด็ก⁽⁸⁾

3.3 ผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เด็กที่มีสติปัญญาระดับปกติขึ้นไปอยู่ในกลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นบิดามารดามากกว่ากลุ่มที่ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นญาติผู้ใหญ่⁽⁶⁾ เช่น ปู่/ย่า/ตา/ยาย ผู้ปกครองที่มีเวลาให้กับบุตรมากทำให้มีโอกาสที่จะถ่ายทอดความรัก ความอบอุ่น ความรู้ หรือเล่นกับลูกในลักษณะที่จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาสติปัญญาของลูกได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและความถนัด ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ความสามารถทางสติปัญญาและความถนัดของบุคคลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ยาที่ใช้ระหว่างตั้งครรภ์ , การติดเชื้อ , สารพิษต่างๆ , สารอาหาร , การศึกษา , ระยะเวลาการตั้งครรภ์ , น้ำหนักแรกคลอด , การอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สอดคล้องกับ กรมสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาการวิจัยเชิงสำรวจ เรื่อง การเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียน กลุ่มที่เลี้ยงดูโดยปู่/ย่า/ตา/ยายกับกลุ่มที่เลี้ยงดูโดยพ่อ/แม่ในเขตชนบท อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าเด็กวัยเรียนกลุ่มที่เลี้ยงดูโดยปู่/ย่า/ตา/ยาย มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนในกลุ่มที่เลี้ยงดู โดยพ่อ/แม่ มีอิทธิพลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้เลี้ยงดู และครอบครัวควรให้การอบรมเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียน เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญาเป็นไปตามศักยภาพ ในขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดโปรแกรมให้ความรู้ ในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กและผู้เลี้ยงดูเด็ก และครอบครัว

3.4 พันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พันธุกรรม เป็นการถ่ายทอดลักษณะต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งได้ และเป็นปัจจัยที่กำหนดขอบเขตลักษณะ จิตความสามารถของบุคคล ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยผ่านทางกระบวนการถ่ายทอดทางยีน (Genetics) ที่อยู่ในเชื้อสายของบรรพบุรุษมายังลูกหลาน ทำให้บุคคลในครอบครัวเดียวกันมีลักษณะบางประการที่คล้ายคลึงกัน และมีลักษณะบางประการที่แตกต่างกัน เช่น คนรุ่นพ่อแม่สามารถถ่ายทอดลักษณะต่างๆ ลงไปยังลูกรุ่นลูกหลานของตนได้ พันธุกรรมมีผลต่อ IQ EQ หรือศักยภาพสมองถึงร้อยละ 50⁽⁴⁾ นอกนั้นมาจากปัจจัยด้านอื่นๆ โดยผ่านทางกระบวนการถ่ายทอดทางยีน (Genetics) ที่อยู่ในเชื้อสายของบรรพบุรุษมายังลูกหลาน ทำให้บุคคลในครอบครัวเดียวกันมีลักษณะบางประการที่คล้ายคลึงกัน และมีลักษณะบางประการที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ส่วน ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และการเล่นนิทานให้เด็กฟัง สำหรับ ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีโรคประจำตัว⁽⁷⁾ สอดคล้องกับ ผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและความถนัด⁽⁶⁾ ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ความสามารถทางสติปัญญาและความถนัดของบุคคลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2559⁽¹³⁾ พบว่าเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) เท่ากับ 98.23 ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ก่อนไปทางต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ=100)

ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อระดับสติปัญญาคือ ปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพ (Biological Risk Factor) ได้แก่ ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก, ภาวะขาดสารไอโอดีน, ภาวะเตี้ยและแคระแกร็น, การได้รับสารตะกั่วปนเปื้อน ปัจจัยเสี่ยงทางจิต-สังคม (Psychological Risk Factor) ได้แก่ ขาดโอกาสในการเรียนรู้และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กและผู้ดูแล, ภาวะซึมเศร้าในแม่, การเผชิญกับความรุนแรงในชุมชนและสังคม, การเติบโตในสถานสงเคราะห์

4. ความรู้เกี่ยวกับความสามารถทางเชาวน์ปัญญา

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การที่ระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของเด็กจะมากหรือน้อย อาจไม่ได้เกิดจากความรู้มากหรือน้อยเกี่ยวกับความสามารถทางเชาวน์ปัญญา เนื่องจากยังมีปัจจัยอย่างอื่นที่สนับสนุนให้เด็ก สามารถมีระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาได้ดี เช่น การได้รับการสนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูจากบุคคลในครอบครัว จากข่าวสารต่างๆ จากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ระบบ Internet และจากครูผู้สอนได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอายุ 10 – 12 ปี ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัญหาระดับสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญคือ ระดับการศึกษาของบิดาที่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีสติปัญญาต่ำ⁽⁸⁾ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ส่วน ปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และการเล่นนิทานให้เด็กฟัง สำหรับ ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีโรคประจำตัว

5. ปัจจัยซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า มีความสัมพันธ์กับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยอธิบายได้ว่า สังคม ครอบครัว และบุคคลในครอบครัวมีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถทางเชาวน์ปัญญาของเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การทำให้เด็กได้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในการเจริญเติบโต การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการส่งเสริมพัฒนาการในทุก ๆ ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยปัจจัยด้านแม่ ได้แก่ อายุเมื่อตั้งครรภ์ การศึกษาอาชีพ การฝากครรภ์ การคลอด แม่ที่มีโรคประจำตัว และ ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาเสริมไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ส่วนปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ อายุผู้ดูแลระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว รายได้ครัวเรือน การเล่นกับเด็ก และการเล่านิทานให้เด็กฟัง สำหรับ ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักแรกคลอด การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก ภาวะออกซิเจนที่ 1 และ 5 นาที เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีโรคประจำตัว⁽⁷⁾ สอดคล้องกับ ผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการทางสติปัญญาและความถนัด⁽⁶⁾ ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันว่า ความสามารถทางสติปัญญาและความถนัดของบุคคลเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ยาที่ใช้ระหว่างตั้งครรภ์, การติดเชื้อ, สารพิษต่างๆ, สารอาหาร, การศึกษา, ระยะเวลาการตั้งครรภ์, น้ำหนักแรกคลอด, การอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

6. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัด อุบลราชธานี

ผลการศึกษา พบว่า มี 7 ตัว เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ น้ำหนักแรกคลอด การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ พันธุกรรม ปัจจัยซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้เลี้ยงดูหลัก อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน โดย

มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .546 แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีชุดนี้ร่วมกันสามารถพยากรณ์ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 29.80 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ 10.766 จากผลการวิจัยตัวแปรที่ดีทั้ง 7 ตัว สามารถพยากรณ์ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี ได้ในระดับที่น่าพอใจ และได้สมการพยากรณ์ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = 83.475 + 8.305X_3 - 10.555X_4 + 6.228X_5 + .193X_{11} + 3.926X_8 + 5.140X_6 + 2.475X_7,$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z'_y = .313Z_3 - .240Z_4 + .229Z_5 + .249Z_{11} + .155X_8 + .165Z_6 + .169Z_7,$$

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบตัวแปรพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดอุบลราชธานี คือ น้ำหนักแรกคลอด การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ พันธุกรรม ปัจจัยซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ดังนั้น การที่จะทำให้เด็กมีความสามารถทางเชาวน์ปัญญาที่ดี บุคคลที่อยู่รอบข้าง มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในพัฒนาระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญา

2. การอบรมให้ความรู้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็ก เป็นนโยบายที่ปฏิบัติมาโดยตลอด ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่สามารถทำให้เด็กมีระดับความสามารถทางเชาวน์ปัญญาที่ดี

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ เป็นการใช้ประโยชน์ในการให้บริการทางวิชาการ (สอน/ บรรยาย/ ฝึกอบรม) การใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรทางการศึกษา การให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการส่งเสริม กระตุ้น ความสามารถในด้านนี้สำหรับบุคลากรสาธารณสุข หรือเป็นรายงานวิจัยเพื่อต่อยอดโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาความสามารถทางเชาวน์ปัญญาเด็กอายุ 3-5 ปี ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานีเพียงจังหวัดเดียว ดังนั้น ควรวิจัยในระดับภาคหรือระดับประเทศ หรือวิจัยในแต่ละพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวมและข้อมูลของพื้นที่ที่ศึกษาอย่างละเอียดขึ้น
2. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ทำให้ได้รายละเอียดที่ไม่ลึกพอ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) หรือการวิจัย

และพัฒนา (Research and Development) เพื่อหารูปแบบสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. ตัวแปรหรือปัจจัยใดที่ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานควรมีการศึกษาวิจัยเฉพาะในตัวแปรนั้นๆ อย่างรัดกุม เพื่อพิสูจน์สมมุติฐานอีกครั้ง และสร้างองค์ความรู้ทางวิชาการให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยพร พรหมสิงห์ และคณะ. รายงานวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยไทย. ศูนย์อนามัยที่ 6. ชลบุรี, 2557.
2. ชีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. วิทยาการพิมพ์. อุบลราชธานี, 2555.
3. นิชรา เรืองคารกานนท์. สำรวจระดับสติปัญญาและความถนัดเด็กไทยวัยเรียน 6-14 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย. กรุงเทพฯ, 2554.
4. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. สุวีริยาสาส์น. กรุงเทพฯ, 2545.
5. บุญธรรม กิจประดิษฐ์สุทธิ. คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. พิมพ์ครั้งที่ 7. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ, 2553.
6. ประจต แก้วนิม. เอกสารประกอบการสอนจิตวิทยาเพื่อการดำรงชีวิต. คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. กรุงเทพฯ, 2558.
7. พนิด โล่เสถียรกิจ และคณะ. รายงานวิจัยสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2558.
8. พัชรวิพรรณ แสงเรือง และรัต โนทัย พลับรู้อูกร. การศึกษาระดับสติปัญญาของเด็กวัยเรียนอายุ 10 – 12 ปี ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. กุมารเวชสาร. 1 (19) : 31-39, ม.ค.-เม.ย. 2555.
9. มณฑา จำปาเหลือง. ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการศึกษาโดยครอบครัว. วิทยานิพนธ์การศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550.
10. เขียวรัตน์ รัตนันต์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8. http://www.kcenter.anamai.moph.go.th/download.php?info_id=2155&downloadfile=pdf/dcc759cb9a09c753df24f24460689ed9.pdf สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2560.
11. สาธารณสุข, กระทรวง. คู่มือการจัดกิจกรรมสำหรับพ่อแม่เด็กอายุ 3-5 ปี. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. นนทบุรี, 2554.
12. สมชาย จักรพันธ์, ม.ล., และคณะ. โครงการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 1 (18) : 14, 2553.
13. สุขภาพจิต, กรม กระทรวงสาธารณสุข. เชื้อมันเด็กไทยไอคิวดี อีคิวเด่น การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปี 2559. www.rajanakul.go.th สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2560.
14. สุขภาพจิต, กรม กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ, 2555.
15. อภากรณ์ รัชต์วัฒน์. การเปรียบเทียบพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยเรียน กลุ่มที่เลี้ยงดูโดยปู่/ย่า/ตา/ยายกับกลุ่มที่เลี้ยงดูโดยพ่อแม่ในเขตชนบท อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
16. Bandura, A. *Self Efficacy : The Exercise of Control*. W. H. Freeman. New York, 1997.
17. Emmet, P and Nortston, K. *Junk food effected to self efficiency intelligence quotient in children*. Journal of Epidemiology and Community Health. www.food4change.in.th/article/news-launcher/bad-news/463-2011-06-06-10-47-39.html. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2560.

ปริมาณและชนิดเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น

QUANTITIES AND TYPES OF MICROORGANISM IN THE AIR ENVIRONMENT AT KHON
KAEN UNIVERSITY LIBRARIES

ปิยะนุช อากกล้า¹, กาญจนา นาทะพินธุ²

Piyanut Aatkla¹, Ganjana Nathapindhu²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อหาปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในอากาศในห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บตัวอย่างเดือนพฤศจิกายน 2559 และเดือนมกราคม 2560 (เดือนละ 2 ครั้ง) ด้วยเครื่อง Biostage single-impactor พบเชื้อแบคทีเรีย 6 ชนิด คือ *Bacillus* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Acinetobacter baumannii*, และ *Citrobacter* spp. ส่วนเชื้อราพบจำนวน 6 ชนิด คือ *Aspergillus* spp., *Aspergillus niger*, *Penicillium* spp., *Cladophialophora* spp., *Alternaria* spp., และ *Cladosporium* spp. ในเดือนพฤศจิกายน 2559 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์รวมอยู่ระหว่าง 126.03 - 1,138.99 CFU/m³ โดยพบเชื้อรามากที่สุดในช่วงเช้า 769.14 CFU/m³ เป็นเชื้อราชนิด *Aspergillus* spp. ร้อยละ 35.43 ปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ในห้องสมุดขนาดใหญ่ มีค่าอยู่ระหว่าง 49.47 - 699.65 CFU/m³ ปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ในห้องสมุดขนาดเล็ก ปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ในห้องสมุดขนาดเล็ก มีค่าอยู่ระหว่าง 48.29 - 769.14 CFU/m³ ส่วนในเดือนมกราคม 2560 ปริมาณจุลินทรีย์รวมอยู่มีค่าระหว่าง 51.83 - 730.27 CFU/m³ พบเชื้อแบคทีเรียมากที่สุดในช่วงบ่าย 510.01 CFU/m³ พบเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่ชนิด *Staphylococcus* spp. ร้อยละ 44.62 ปริมาณค่าเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ของห้องสมุดขนาดใหญ่ มีค่า 15.31 - 383.98 CFU/m³ ห้องสมุดขนาดเล็กมีปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ มีค่าอยู่ระหว่าง 14.13 - 510.01 CFU/m³

คำสำคัญ: จุลินทรีย์, ห้องสมุด, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Abstract

This survey research aimed at finding quantities and types of bacteria and microorganisms in the air at the Khon Kaen University libraries. Sample collection was done in November 2016 and January 2017 (twice each month) through Biostage simple impactor. Six types of bacteria were found: *Bacillus* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Acinetobacter baumannii* and *Citrobacter* spp., While six types of microorganisms were found: *Aspergillus* spp., *Aspergillus niger*, *Penicillium* spp., *Cladophialophora* spp., *Alternaria* spp. And *Cladosporium* spp. In November 2016. All the quantities of microorganisms were 126.03-1,138.99 CFU/m³ the most found in the morning at 769.14 CFU/m³ and *Aspergillus* spp. Type at 35.43%. The average quantities of microorganisms in large libraries were 49.47-699.65 CFU/m³, in small libraries 48.29-769.14 CFU/m³. However, in January 2017, all the quantities were 51.83-730.27 CFU/m³ the most found bacteria in the afternoon at 510.01 CFU/m³ and most *Staphylococcus* spp. Type at 44.62%. The average quantities of microorganisms in large libraries were at 383.98 CFU/m³, in small libraries at 14.13-510.01 CFU/m³.

Keyword: microorganism, libraries, Khon Kean University

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ภาวะมลพิษทางอากาศที่เกิดในอาคารเป็นภาวะที่มีสิ่งเจือปนในอากาศอยู่ในปริมาณและระยะเวลาที่นานพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ เนื่องจากปัจจุบันคนส่วนใหญ่ใช้เวลาอาศัยอยู่ในอาคาร ร้อยละ 90 ของเวลาในแต่ละวัน เชื้อจุลินทรีย์ที่ปนเปื้อนในอากาศภายในอาคารนั้นส่งผลต่อคุณภาพอากาศ และมีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ใช้อาคาร โดยจุลินทรีย์ที่พบในอากาศ ได้แก่ ราฝุ่น เชื้อราสปีชีส์ต่างๆ เช่น *Aspergillus*, *Alternaria*, *Curvularia*, *Epicoccum*, *Cephalosporium*, *Fusarium*, *Hormodendrum*, *Helminthosporium*, *Mucor*, *Penicillium*, *Pullularia*, *Rhizopus*, *Phoma*, *Stemphylium* เชื้อแบคทีเรียจำพวก *Staphylococcus epidermidis*, *Micrococcus* และแบคทีเรียที่สร้างสารพิษกลุ่มแกรมลบ⁽¹⁾ เชื้อจุลินทรีย์เป็นภัยเงียบที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพในรูปแบบต่างๆ โดยอาจทำให้ช่องจมูกอักเสบ ระบายเคืองตา และระบบทางเดินหายใจอักเสบ เช่น ปฏิกริยาภูมิแพ้ โรคหอบหืด ปอดอักเสบจากภูมิแพ้ ซึ่งในปี 2551 – 2553 ประชากรไทยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่มีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ไวรัส พยาธิ คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 1.53 1.82 และ 1.85⁽²⁾ และยังพบว่าจากรายงานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ในปี 2556 – 2558 ประเทศไทยมีการตายด้วยโรคหอบหืด คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 2.53 3.09 และ 3.37⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าโรคระบบทางเดินหายใจที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจุลินทรีย์นั้นมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่ จุลินทรีย์ที่ในอากาศที่พบเป็นแบคทีเรียและเชื้อราเป็น

ห้องสมุดถือเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อการศึกษาของนักศึกษา และบุคลากร หรือนักศึกษาที่นอกที่ที่ต้องการสืบค้นข้อมูล เนื่องจากห้องสมุดจะมีการอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ แก่ผู้ที่เข้ามาใช้บริการ มีการให้บริการด้านทรัพยากรสารสนเทศ จึงทำให้ห้องสมุดมีผู้เข้ามาใช้บริการในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก ห้องสมุดจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งรวบรวมสื่อ และวัสดุสารสนเทศ สื่อ

และเอกสารต่างๆ เหล่านี้หากดูแลรักษาไม่ดีและนำไปใช้โดยไม่ระมัดระวังอาจทำให้มีเชื้อจุลินทรีย์เกิดขึ้นได้เพราะเป็นวัสดุที่มีคุณสมบัติในการดูดซับความชื้น โดยความชื้นที่เหมาะสมทำให้เชื้อราและแบคทีเรียในอาคารเจริญได้ดี และก่อให้เกิดมลพิษอากาศภายในอาคาร⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่ก่อให้เกิดเชื้อจุลินทรีย์ นอกจากนี้เชื้อจุลินทรีย์จะพบได้ในอาคารหรือในบริเวณที่มีความชื้นสูงแล้ว ปัจจัยด้านระบบระบายอากาศ เช่น การปิดพัดลมระบายอากาศ สภาพแวดล้อมภายในห้องสมุดที่เป็นชอกมุมที่ยากต่อการทำความสะอาด ภายในห้องมีที่ฝุ่นละอองหรือสกปรก จำนวนคนที่มารับบริการ พฤติกรรมของผู้ที่เข้ามาใช้บริการภายในห้อง ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณของจุลินทรีย์⁽¹⁾ บางครั้งในอากาศที่มีปริมาณเชื้อจุลินทรีย์อยู่น้อยแต่โอกาสการติดเชื้อของแต่ละคนไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ที่ป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจก็จะมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อจากจุลินทรีย์ได้ง่ายกว่าคนปกติ⁽⁵⁾ จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการศึกษาและประเมินคุณภาพอากาศด้านจุลินทรีย์ในอากาศภายในห้องสมุดเพื่อให้ทราบถึงปริมาณและชนิดของเชื้อจุลินทรีย์และใช้ในการจัดการคุณภาพอากาศด้านจุลินทรีย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณและชนิดเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในอากาศภายในห้องสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในบริเวณพื้นที่ชั้นวางหนังสือ และบริเวณพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ ปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในช่วงเช้า (9.00 – 10.00 น.) และช่วงบ่าย (15.00 – 16.00 น.) ของห้องสมุดขนาดใหญ่และห้องสมุดขนาดเล็ก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อหาปริมาณและชนิดของเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในอากาศในห้องสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บตัวอย่างอากาศด้วยวิธี Sieve-type sample ด้วยเครื่อง Biostage single-impactor อัตราไหลของอากาศในช่วง 20 – 30 L/min ระยะเวลาในการตัวอย่าง 15 นาที/ตัวอย่าง โดย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เก็บตัวอย่าง 2 จุด คือพื้นที่ชั้นวางหนังสือ และพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ ในช่วงเช้า (09.00 – 10.00 น.) และบ่าย (15.00-16.00 น.) เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในช่วงเช้าที่ยังไม่มีผู้มาใช้บริการหรือมีผู้มาใช้บริการจำนวนน้อย และช่วงบ่ายที่มีการเข้าออกของผู้ใช้บริการตลอดทั้งวัน และในเรื่องของอุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ที่อาจจะมีความแตกต่างกันในช่วงเช้าและบ่าย โดยการเก็บตัวอย่างจะมีการบันทึกข้อมูลสภาพแวดล้อมของอากาศทั้งภายในอาคารและภายนอกอาคาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาคือ ห้องสมุดภายในมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีการเปิดให้บริการ จำนวน 14 แห่ง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นห้องสมุดที่มีการเก็บวัสดุสารสนเทศ โดยแบ่งห้องสมุดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ห้องสมุดขนาดใหญ่ เป็นห้องสมุดคณะที่มีจำนวนนักศึกษา มากกว่า 2,000 คน จำนวน 5 แห่ง ห้องสมุดขนาดเล็กเป็นห้องสมุดคณะที่มีจำนวนนักศึกษา น้อยกว่า 2,000 คน จำนวน 8 แห่ง ทั้งหมดจำนวน 13 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

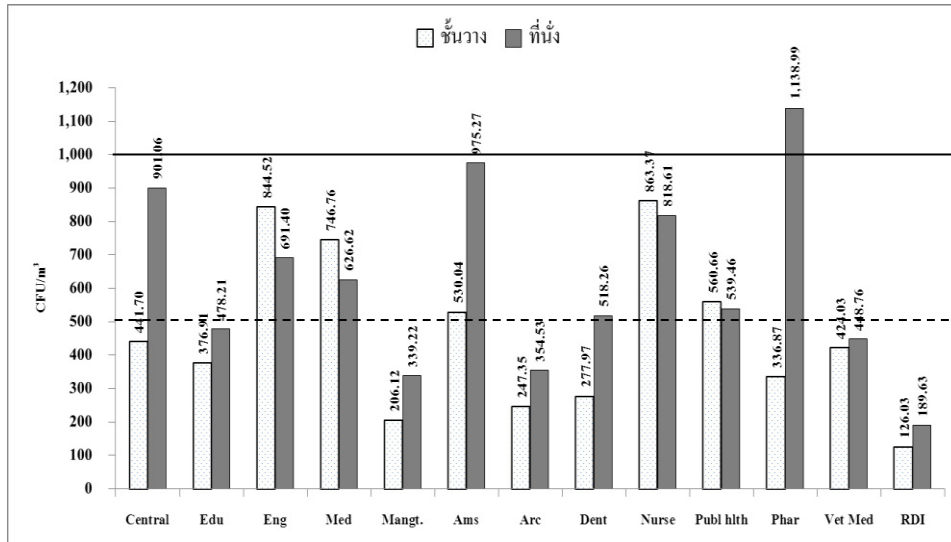
การศึกษาคั้งนี้ได้แก่

1. เครื่องมือเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศ (Microbiology Air Sampler) ใช้เครื่อง Biostage single-impactors
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์เชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา
4. สารเคมีที่ใช้ในการวิจัย

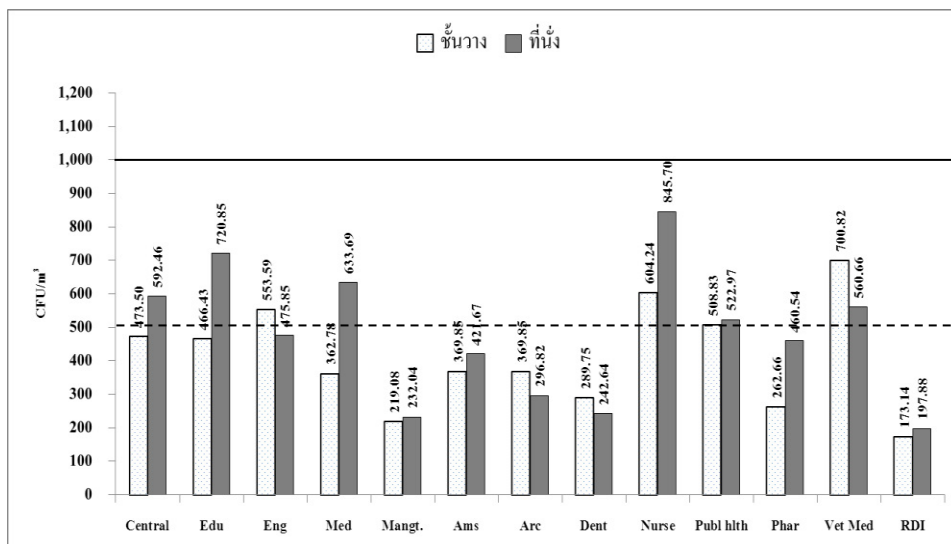
ผลการศึกษา

1. ปริมาณเชื้อเชื้อจุลินทรีย์ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 13 แห่ง (ช่วงเช้าและบ่าย) พบเชื้อจุลินทรีย์มากที่สุด 1,138.99 CFU/m³ คือห้องสมุดคณะเกษตรศาสตร์ในช่วงเช้าบริเวณพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ และพบปริมาณเชื้อจุลินทรีย์น้อยที่สุด 126.03 CFU/m³ คือห้องสมุดสถาบันวิจัยและพัฒนาในช่วงเช้าบริเวณพื้นที่ชั้นวางหนังสือ (ภาพประกอบ 1) เมื่อเปรียบเทียบกับค่า Indoor Air Quality Management Group ของ Hong Kong Special Administrative Region⁽⁵⁾ โดยกำหนดปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราน้อยกว่า 500 CFU/m³ กำหนดให้คุณภาพอากาศอยู่ในระดับดีเยี่ยม และปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราน้อยกว่า 1,000 CFU/m³ กำหนดให้คุณภาพอากาศอยู่ในระดับดี คุณภาพอากาศของห้องสมุดในช่วงเดือนพฤศจิกายนอยู่ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 55.77 คุณภาพอากาศดีร้อยละ 42.31 และพบตำแหน่งที่มีปริมาณจุลินทรีย์เกิน 1,000 CFU/m³ อยู่ร้อยละ 1.92

ชนิดเชื้อจุลินทรีย์พบในห้องสมุดคณะเทคนิคการแพทย์พบเชื้อแบคทีเรียมากที่สุดในช่วงเช้า 619.55 CFU/m³ เป็นเชื้อแบคทีเรียชนิด *Staphylococcus* spp. ร้อยละ 50.99 (ภาพประกอบ 3) และห้องสมุดคณะเกษตรศาสตร์บริเวณพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ พบเชื้อราสูงสุดในช่วงเช้า 769.14 CFU/m³ ของเป็นเชื้อราชนิด *Aspergillus* spp. ร้อยละ 35.43



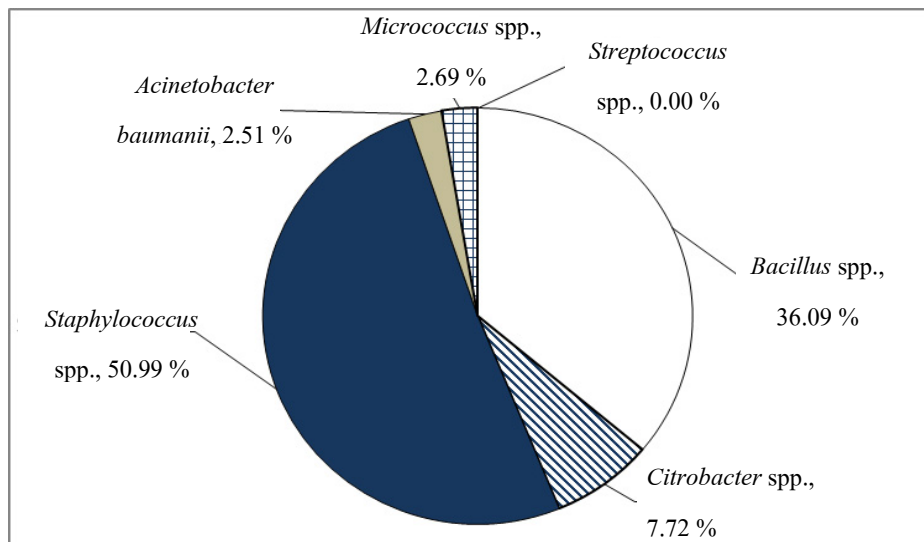
ภาพประกอบ 1 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ ในอากาศในห้องสมุดบริเวณที่นั่งอ่านและชั้นวางหนังสือในช่วงเช้า (9.00 – 10.00 น.) เดือนพฤศจิกายน 2559



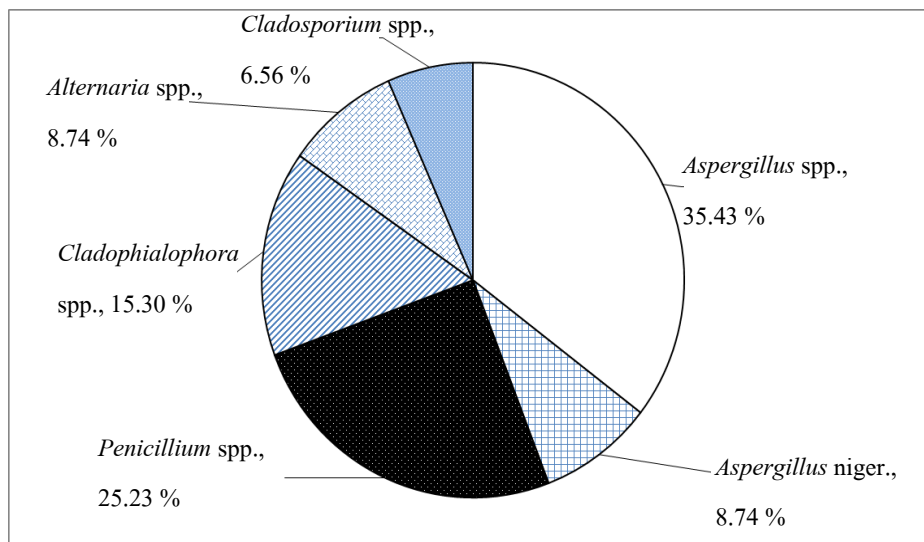
ภาพประกอบ 2 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ ในอากาศในห้องสมุดบริเวณที่นั่งอ่านและชั้นวางหนังสือในช่วงบ่าย (15.00 – 16.00 น.) เดือนพฤศจิกายน 2559

* หมายถึง Indoor Air Quality Management Group ของ Hong Kong Special Administrative Region ⁽⁵⁾

- คุณภาพอากาศระดับดี (500 - 1,000 CFU/m³)
- คุณภาพอากาศระดับดีมาก (น้อยกว่า 500 CFU/m³)



ภาพประกอบ 3 ร้อยละชนิดเชื้อแบคทีเรียในอากาศในห้องสมุดคณะเทคนิคการแพทย์ เดือนพฤศจิกายน 2559



ภาพประกอบ 4 ร้อยละชนิดเชื้อราในอากาศในห้องสมุดคณะเภสัชศาสตร์ เดือนพฤศจิกายน 2559

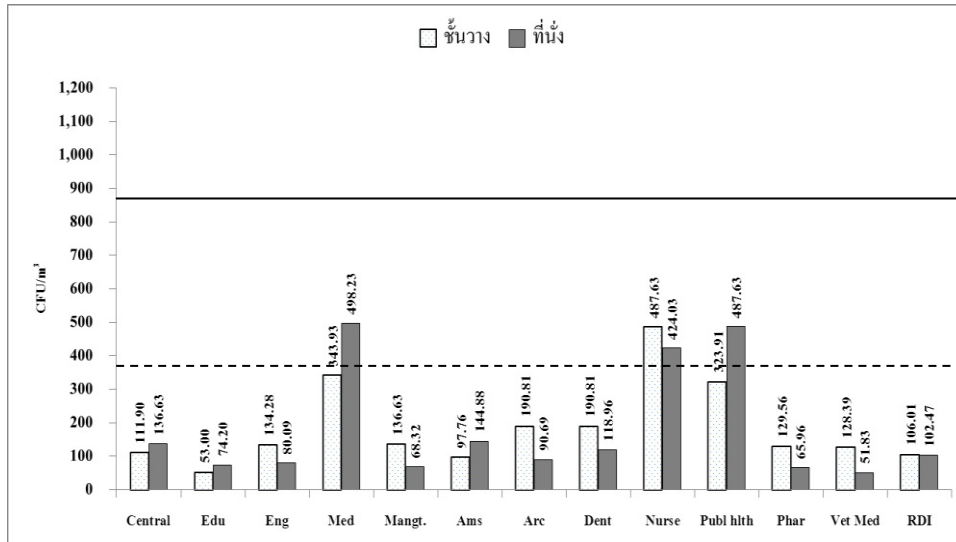
2. ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดช่วงเดือนมกราคม 2560 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 13 แห่ง (ช่วงเช้าและบ่าย) พบเชื้อจุลินทรีย์มากที่สุด 730.27 CFU/m³ คือห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ในช่วงบ่ายบริเวณชั้นวางหนังสือ และพบปริมาณเชื้อจุลินทรีย์น้อยที่สุด 51.83 CFU/m³ คือ ห้องสมุดคณะสัตวแพทยศาสตร์ในช่วงเช้าบริเวณที่นั่งอ่านหนังสือ (ภาพประกอบ 5) เมื่อเปรียบเทียบกับค่า Indoor Air Quality Management Group ของ Hong

Kong Special Administrative Region โดยกำหนดปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราน้อยกว่า 500 CFU/m³ กำหนดให้คุณภาพอากาศอยู่ในระดับดีเยี่ยม และปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราน้อยกว่า 1,000 CFU/m³ กำหนดให้คุณภาพอากาศอยู่ในระดับดี คุณภาพอากาศของห้องสมุดในช่วงเดือนพฤศจิกายนอยู่ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 94.23 คุณภาพอากาศดีร้อยละ 5.77

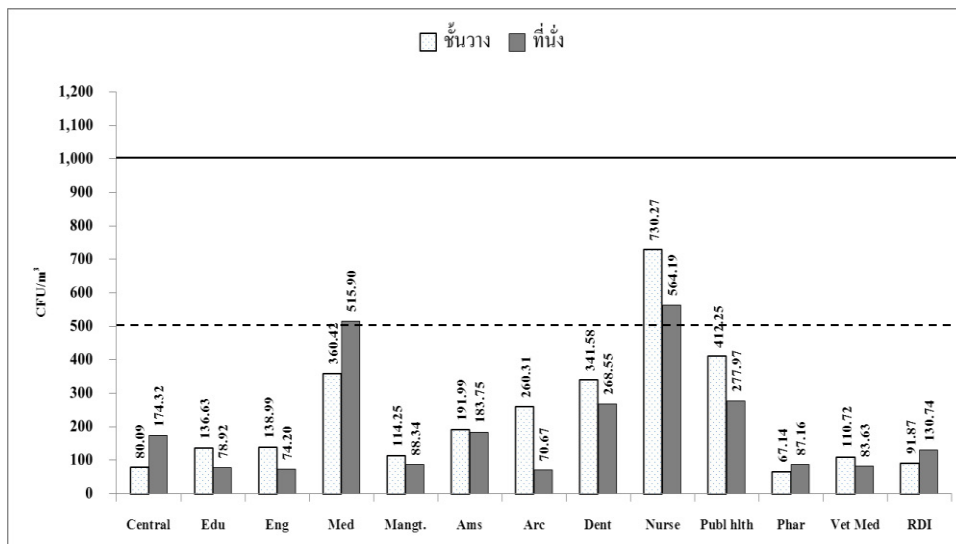
ชนิดเชื้อจุลินทรีย์พบว่าห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์พบเชื้อแบคทีเรียมากที่สุดในช่วงบ่าย 510.01

CFU/m³ พบเชื้อแบคทีเรียส่วนใหญ่ชนิด *Staphylococcus* spp. ร้อยละ 44.62 (ภาพประกอบ 7) และห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ บริเวณพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ พบเชื้อรามาก

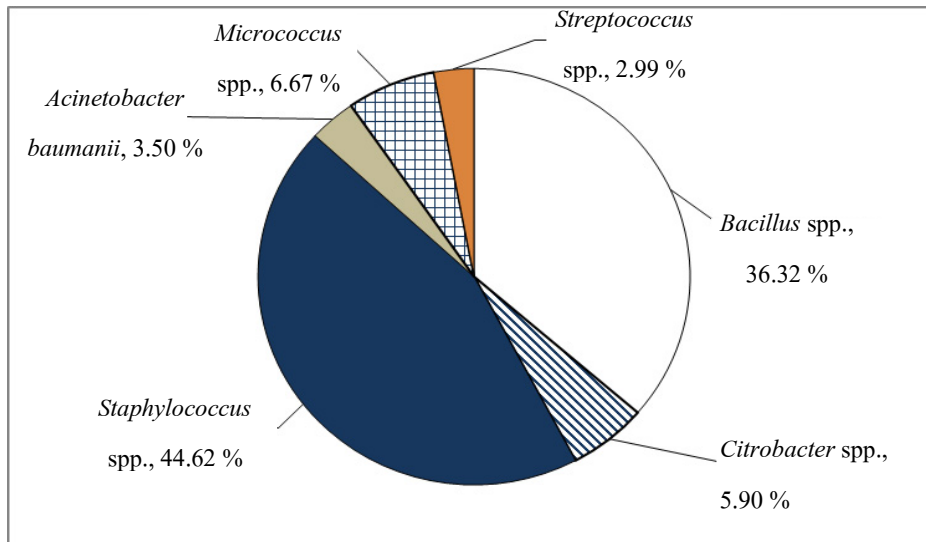
ที่สุดในช่วงเช้าและบ่ายเท่ากันคือ 383.98 CFU/m³ ของเป็นเชื้อราชนิด *Aspergillus* spp. ร้อยละ 42.09 (ภาพประกอบ 8)



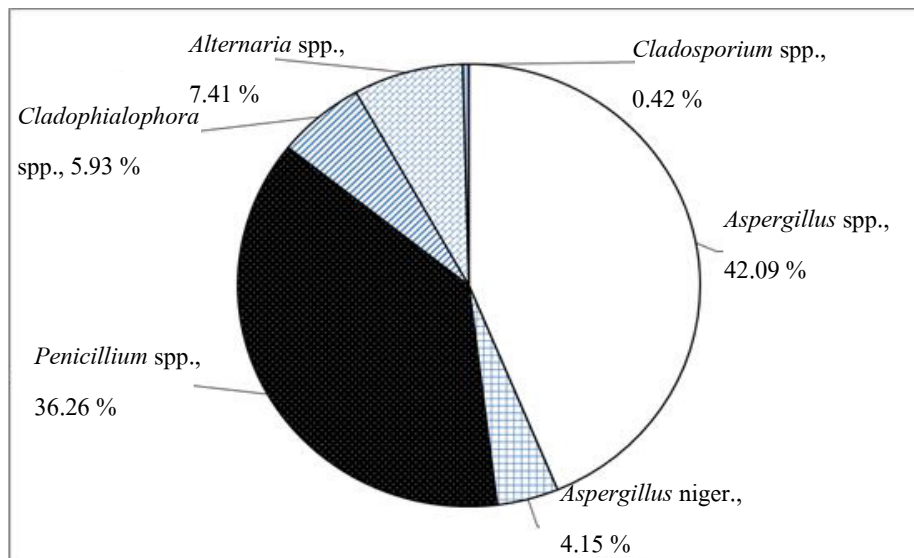
ภาพประกอบ 5 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ ในอากาศในห้องสมุดบริเวณที่นั่งอ่านและชั้นวางหนังสือในช่วงเช้า (9.00 – 10.00 น.) เดือนมกราคม 2560



ภาพประกอบ 6 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ ในอากาศในห้องสมุดบริเวณที่นั่งอ่านและชั้นวางหนังสือในช่วงบ่าย (15.00 – 16.00 น.) เดือนมกราคม 2560



ภาพประกอบ 7 ร้อยละชนิดเชื้อแบคทีเรียในอากาศในห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ เดือนมกราคม 2560



ภาพประกอบ 8 ร้อยละชนิดเชื้อราในอากาศในห้องสมุดแพทยศาสตร์ เดือนมกราคม 2560

3. ปริมาณจุลินทรีย์ของห้องสมุดขนาดใหญ่ และขนาดเล็ก ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์เฉลี่ยของห้องสมุดขนาดใหญ่ในช่วงพฤศจิกายน 2559 ปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ในห้องสมุดขนาดใหญ่ (ห้องสมุดที่มีนักศึกษาตั้งแต่ 2,000 คนขึ้นไป) มีค่าอยู่ระหว่าง 49.47 – 699.65 CFU/m³ ปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ในห้องสมุดขนาดเล็ก ปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ในห้องสมุดเล็ก (ห้องสมุดที่มีนักศึกษาน้อยกว่า 2,000 คน) มีค่าอยู่ระหว่าง 48.29 – 769.14 CFU/m³ เดือนมกราคม 2560 มี

ปริมาณค่าเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ของห้องสมุดขนาดใหญ่ มีค่า 15.31 – 383.98 CFU/m³ ห้องสมุดขนาดเล็กมีปริมาณเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ มีค่าอยู่ระหว่าง 14.13 – 510.01 CFU/m³

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในช่วงการเก็บตัวอย่างช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 เป็นช่วงที่อากาศหนาวเย็น อุณหภูมิภายในอาคารอยู่ระหว่าง 23.7-27.3 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์อยู่ระหว่าง 49.5 – 78.3 %HR อุณหภูมิ

ภายนอกอาคารอยู่ระหว่าง 20-25 องศาเซลเซียส ช่วงเดือนมกราคม 2560 เป็นช่วงที่มีอากาศแห้งและเย็นลง อุณหภูมิอยู่ในอาคารช่วง 24.1-27.6 องศาเซลเซียส อุณหภูมิภายนอกอาคารอยู่ในช่วง 18-24 องศาเซลเซียส และความชื้นสัมพัทธ์ในอากาศลดต่ำลงอยู่ในช่วง 39.1-60.7 %HR ซึ่งต่ำกว่าเดือนพฤศจิกายน 2560 จากผลการเก็บตัวอย่างเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดมหาวิทยาลัยจำนวน 13 แห่ง ทั้ง 2 เดือน เดือนละ 2 ครั้ง คือช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 และเดือนมกราคม 2560 พบว่า อากาศในห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่นพบเชื้อแบคทีเรียจำนวน 6 ชนิด คือ *Bacillus* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Micrococcus* spp., *Acinetobacter baumannii*, และ *Citrobacter* spp. โดยเชื้อแบคทีเรียที่พบส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อ *Staphylococcus* spp., รองลงมาคือ *Bacillus* spp. ส่วนเชื้อราพบจำนวน 6 ชนิด คือ *Aspergillus* spp., *Aspergillus niger*, *Penicillium* spp., *Cladophialophora* spp., *Alternaria* spp., และ *Cladosporium* spp. ซึ่งเชื้อราส่วนใหญ่ที่พบ *Aspergillus* spp., รองลงมาคือ *Penicillium* spp., เชื้อจุลินทรีย์ที่พบส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตได้ดีในอุณหภูมิปานกลาง (Mesophile) อุณหภูมิระหว่าง 25-30 องศาเซลเซียส จากการศึกษารายนี้ในเรื่องของชนิดและปริมาณของเชื้อจุลินทรีย์จะมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกุสุมาลย์ ชม โลกกรวด (2553) (6) ได้ศึกษาชนิดและปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องเรียนอนุบาลสังกัดเทศบาลนครขอนแก่น พบว่าเชื้อแบคทีเรียที่ตรวจเจอได้แก่ *Bacillus* spp., *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., และเชื้อราที่พบปริมาณมากที่สุดคือเชื้อ *Aspergillus* spp. มีความสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพงษ์ ฤทธิพิศ (2559) (7) ได้ศึกษาเรื่องชนิดและปริมาณของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงภาพยนตร์ : กรณีศึกษา โรงภาพยนตร์แห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า ปริมาณเชื้อราที่พบมากที่สุดคือ *Aspergillus* spp. และพบเชื้อแบคทีเรียที่มีปริมาณมากที่สุดคือเชื้อ *Staphylococcus* spp.

ค่าเฉลี่ยเชื้อจุลินทรีย์ของเดือนพฤศจิกายน 2559 และ มกราคม 2560 มีความแตกต่างกัน โดยเดือนพฤศจิกายน 2560 ค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ของ

ห้องสมุดทุกแห่งทั้งในช่วงเช้าและช่วงบ่ายสูงกว่าเดือนมกราคม 2560 อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านสภาพอากาศ เพราะช่วงเดือนพฤศจิกายนเป็นช่วงที่มีอุณหภูมิสูงกว่าเดือนมกราคมทำให้อัตราการเกิดเชื้อจุลินทรีย์มีมากกว่า และช่วงเดือนพฤศจิกายนนั้นมีความชื้นสัมพัทธ์สูงถึง 85.7 %HR ค่าความชื้นสัมพัทธ์ที่สูงถึง 70 %HR เป็นค่าความชื้นที่เหมาะสมสำหรับการดำรงชีวิตของเชื้อราโดยส่วนใหญ่ในช่วงเดือนพฤศจิกายน มีปริมาณเชื้อราสูงถึง 769.14 CFU/m³ เมื่อเทียบกับช่วงเดือนมกราคม ที่มีค่าความชื้นสัมพัทธ์ลดต่ำลง ปริมาณเชื้อราสูงสุดเพียง 383.98 CFU/m³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถพงษ์ ฤทธิพิศ (2558) (7) ที่ได้ศึกษาชนิดและปริมาณของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงภาพยนตร์ : กรณีศึกษา โรงภาพยนตร์แห่งหนึ่งในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นพบว่า การศึกษาปริมาณเชื้อราในเดือนมกราคม และเดือนกุมภาพันธ์ 2558 ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ช่วงเดือนมกราคม 2558 จะมีปริมาณน้อยที่สุด สำหรับในช่วงเดือนพฤศจิกายนก็เป็นช่วงที่มีการสอบกลางภาคของนักศึกษาในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2559 – 19 ธันวาคม 2559 จึงทำให้ห้องสมุดเป็นพื้นที่ที่เป็นแหล่งหา ความรู้ และเตรียมตัวสอบปลายภาค ห้องสมุดก็จะมีบริการแก่นักศึกษามากกว่าช่วงเดือนมกราคม

ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ของห้องสมุดในช่วงเดือนพฤศจิกายน ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพอากาศระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 55.77 และคุณภาพอากาศระดับดีร้อยละ 42.31 มีเพียงร้อยละ 1.92 ที่มีปริมาณเชื้อจุลินทรีย์เกิน 1,000 CFU/m³ บริเวณพื้นที่นั่งอ่านหนังสือ ห้องสมุดคณะเกษตรศาสตร์ซึ่งบริเวณพื้นที่นั่งอ่านหนังสือนั้นเป็นบริเวณทางผ่านไปยังพื้นที่ชั้นวางหนังสือจึงทำให้เป็นบริเวณที่มีการผ่านเข้า-ออก ตลอดและบริเวณพื้นที่นั่งอ่านหนังสือของห้องสมุดคณะเกษตรศาสตร์จะมีคนเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมากถึง 50 - 60 คน ก็อาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณจุลินทรีย์ และวันที่ทำการเก็บตัวอย่างก็เป็นวันจันทร์ในช่วงเช้าซึ่งเป็นวันต่อจากวันท้ายสัปดาห์ที่ไม่มีการทำความสะอาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วสุ ปฐมอารีย์ (2554) (8) ที่ได้ศึกษาการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดคณะวิทยาศาสตร์ พบว่า ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคมมีผู้ใช้บริการห้องสมุดเป็นจำนวนมาก ซึ่งปริมาณเชื้อมีมากกว่าเดือนมีนาคมถึงเมษายนที่เป็นช่วงปิดภาคเรียน อีกทั้งค่าความชื้นสัมพัทธ์ของสมุดในวันที่เก็บตัวอย่างมีค่าสูงถึง 72.4 %RH เป็นค่าที่มีความเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ โดยปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในช่วงเดือนมกราคมช่วงที่มีอากาศแห้งและเย็น มีค่าความชื้นสัมพัทธ์ต่ำ ระดับคุณภาพอากาศของห้องสมุดคณะเภสัชศาสตร์ก็อยู่ในระดับดีเยี่ยม และห้องสมุดส่วนใหญ่จะมีระดับคุณภาพอากาศอยู่ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 94.23 คุณภาพอากาศระดับดีร้อยละ 5.77

ปริมาณค่าเฉลี่ยของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศพบว่าปริมาณเชื้อราจะมีมากกว่าปริมาณเชื้อแบคทีเรียทั้ง 2 ช่วงเดือนที่ทำการเก็บตัวอย่างโดยเชื้อราส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นเชื้อ *Aspergillus* spp. รองลงมาคือ *Penicillium* spp. ส่วนเชื้อแบคทีเรีย ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นเชื้อ *Staphylococcus* spp., รองลงมาคือ *Bacillus* spp. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณียา ศังขจันทรานนท์ (2548)⁽⁹⁾ ที่ได้ศึกษาชนิดและปริมาณของเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราที่ก่อโรคในโรงพยาบาลและการเปรียบเทียบการทำงานของเครื่องมือเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศ พบว่า เชื้อแบคทีเรียที่พบในบรรยากาศของโรงพยาบาลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์มากที่สุด คือ *Staphylococcus* ซึ่งจะเป็นทั้งเชื้อที่ก่อโรคและเชื้อไม่ก่อโรค แต่โดยส่วนใหญ่แล้วเชื้อจุลินทรีย์เหล่านี้จะเป็นเชื้อที่ฉวยโอกาสได้หาร่างกายของผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันอ่อนแอหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งเชื้อรา *Aspergillus* spp. สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกายได้หลายระบบได้แก่ หู ตา จมูก ไชน์ส และปอด การติดเชื้อราในบางคนเชื้อจะถูกกลืนไปยังกระดูกสมอง เยื่อหุ้มสมอง เชื้อราชนิดนี้ติดต่อโดยการที่หายใจเอาสปอร์เข้าไปในปอดทำให้เกิดติดเชื้อที่ปอด แม้ว่าสปอร์ของราชนิดนี้จะอยู่ในอากาศ แต่คนปกติเมื่อหายใจได้รับเชื้อรานี้มักจะไม่มีเกิดโรค แต่สำหรับคนที่มีภูมิคุ้มกันไม่ดี เช่น ได้รับเคมีบำบัด ได้รับยา steroid มะเร็ง หรือผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจหรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เมื่อได้รับเชื้อนี้จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอด ผู้ที่ติดเชื้อนี้มักจะเสียชีวิตเนื่องจากเชื้อมักจะเกิดในคนที่ภูมิคุ้มกันไม่ดีเป็นพื้นฐาน เช่นผู้ป่วยมะเร็งหรือผู้ที่ได้รับเคมีบำบัดยาที่ใช้รักษาเชื้อรา

ชนิดนี้ยังให้ผลไม่ดีนัก ความสำคัญของเชื้อ *Staphylococcus* spp. เป็นเชื้อที่พบได้ทั่วไปบนผิวหนังของคน เป็นเชื้อโรคที่ก่อโรคที่สำคัญในคนและสัตว์ การติดเชื้อพวกนี้เป็นไปได้ทั้งจากการการกระทำของมันที่เป็นปฐมภูมิสาเหตุของโรค และจากการที่เชื้อนี้เป็นสาเหตุแทรกซ้อน นอกจากการติดเชื้อแล้วที่ก่อให้เกิดโรคแล้ว ก็ยังพบว่าอาหารเป็นพิษก็เป็นอีกลักษณะหนึ่ง และเชื้อ *S. aureus* ลักษณะของโรคที่พบบ่อยได้แก่ การเกิดแผลอักเสบ และฝีหนอง

แม้ว่าปริมาณของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดอยู่ในระดับดีเยี่ยมร้อยละ 73.08 และระดับดีร้อยละ 25.96 ก็ต้องให้ความสำคัญกับการทำความสะอาด การระบายอากาศเพราะคุณภาพอากาศมีความสำคัญต่อการผลกระทบต่อสุขภาพของผู้มาใช้บริการ เนื่องจากนักศึกษาส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่ในห้องสมุดนานประมาณ 2-3 ชั่วโมงต่อครั้งที่เข้ารับบริการ โดยเฉพาะในช่วงสอบที่อาจจะอยู่นานมากกว่าวันละ 7-8 ชั่วโมง โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่บรรณารักษ์ที่ต้องทำงานอยู่ในห้องสมุดทุกวันก็มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อจุลินทรีย์ได้มากกว่าบุคคลอื่นๆ ที่อาจจะเกิดโรคได้ โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ จึงควรให้ความสำคัญกับการลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศเพื่อสุขภาพของคนที่ใช้บริการในห้องสมุดและเจ้าหน้าที่ห้องสมุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศระหว่างภายในอาคารและภายนอกอาคารและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดเพื่อเป็นแนวทางในการหาวิธีการลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุด เช่น การใช้เครื่องฟอกอากาศ การใช้สเปรย์กำจัดเชื้อโรค

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ กาญจนา นาละพินธุ ที่ได้ให้คำปรึกษาและนำให้ความรู้ งานวิจัยนี้สำเร็จลงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. แม้นสรวง วุฒิจุลมิลิต. เชื้อที่มากับมลพิษในอาคาร: ราว. 2555. URL <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/116/รา-เชื้อที่มากับมลพิษในอาคาร> สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2559
2. วชิรี แก้วนอก. โรคปอดอักเสบ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548-2553. URL <file:///C:/Users/Tee/Downloads/23363-29857-1-PB.pdf> สืบค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2560.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> สืบค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2560.
4. กัญญา ม่วงแก้ว. คุณภาพอากาศภายในอาคารสำนักงาน. URL http://lib3.dss.go.th/fulltext/dss_knowledge/phy_5_2559_indoor_air_quality.pdf สืบค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2560
5. The Government of the Hong Kong Special Administrative Region Indoor Air Quality Management Group. (2003). **Guidance Notes for the Management of Indoor Air Quality in Offices and Public Places**: 35-36 (2003).
6. กุสุมาลย์ ชม โลกกรวดและกาญจนา นาคะพินธุ. “ชนิดและปริมาณเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในอากาศในห้องเรียนอนุบาล สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น”. วารสารวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม. 7(3) : 1-9, 2553
7. อรรถพงษ์ ฤทธิพิศและกาญจนา นาคะพินธุ. “ชนิดและปริมาณของเชื้อจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงพยาบาลนคร : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครแห่งหนึ่ง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น”. วารสารวิจัย มข (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 16(3), 2559
8. วสุ ปฐมอริย์. การปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในอากาศในห้องสมุดคณะวิทยาศาสตร์. URL <http://tdc.thailis.or.th/tdc/> สืบค้น เมื่อ 9 มิถุนายน 2559
9. กฤษณิยา สังข์จันทรานนท์, เนสินี ไชยเอื้อ, พิพัฒน์ ศรีเบญจลักษณ์และภรดี ช่วยบำรุง. (2549). ชนิดและปริมาณของเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราที่ก่อโรคในโรงพยาบาลและการเปรียบเทียบการทำงานของเครื่องมือเก็บตัวอย่างจุลินทรีย์ในอากาศ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม Thailand journal of health promotion and environmental, 29(4), (ต.ค.-ธ.ค. 2549), 113-124.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์และความผิดปกติของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ของเจ้าหน้าที่
ในโรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ERGONOMICS RISK ASSESSMENT AND MUSCULO SKELETAL DISORDERS IN HEALTH CARE WORKERS IN CHAIYAPHUM HOSPITAL, CHAIYAPHUM PROVINCE

พนมไมล์ วิชัยวงษ์¹, กาญจนานาถะพินธุ²
Punmile Wichaiwong¹, Ganjana Nathapindhu²

บทคัดย่อ

การทำงานเกี่ยวกับการยกเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงคน และการทำงานด้วยคอมพิวเตอร์ในท่าทางการทำงานซ้ำๆ ค่อยเนื่องกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างร่วมกับการสังเกตท่าทางการทำงาน เพื่อหาความชุกของความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ในกลุ่มประชากร จำนวน 256 คน ซึ่งการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของท่าทางการทำงานด้วยเทคนิค REBA (Rapid Entire Body Assessment) และประเมินดัชนีการยกเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงคนด้วยเทคนิค NIOSH Lifting Equation

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของเจ้าหน้าที่ใน 7 วัน และ ใน 3 เดือน พบว่า มีอาการปวดที่ตำแหน่งไหล่ สูงที่สุดร้อยละ 35.10 และ 36.32 ผลการประเมินด้วย REBA พบงานที่มีความเสี่ยงระดับ 1 (ความเสี่ยงน้อยมาก) ร้อยละ 20.37 ความเสี่ยงระดับ 2 (ความเสี่ยงน้อย ยังต้องมีการปรับปรุง) ร้อยละ 66.67, ระดับ 3 (ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรได้รับการปรับปรุง) ร้อยละ 12.96 ไม่พบงานที่มีความเสี่ยง ระดับ 4 (ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง) และความเสี่ยงระดับ 5 (ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที) และผลการประเมิน NIOSH Lifting Equation พบว่า ค่าดัชนีการยก (Lifting Index, LI) > 1 ร้อยละ 55.81 และ LI < 1 ร้อยละ 44.19 ซึ่งควรจะมีการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขพื้นที่การทำงานสำหรับงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับ 2 และ 3 สำหรับการทำงานที่มีการเคลื่อนไหวแบบทั้งร่างกายและมีการยืนทำงาน และงานยกเคลื่อนย้ายที่มีค่า LI > 1 เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในเจ้าหน้าที่

คำสำคัญ : การยศาสตร์, REBA, NIOSH Lifting

Abstract

Manual material handling and working with the computer repetitively for a long time may cause musculoskeletal disorders. This cross-sectional descriptive research collected data using a structured interview and observation of work posture to find prevalence of musculoskeletal disorders in health care workers at Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum Province. The sample consisted of 256 workers. Data analysis was by STATA V.10 Statistics which were numbers, levels, standard while ergonomics risk assessment used REBA (Rapid Entire Body Assessment) and NIOSH Lifting Equation.

The results showed that prevalence of musculoskeletal disorders system in health care workers for 7 days and 3 months was the most in shoulders pain at 35.10% and 36.32% REBA at Level 1 (very low risk) at 20.37%, Level 2 (low risk, but need improvement) at 66.67%, Level 3 (Moderate risk but need more analysis and improvement) at 12.96%; however, not any risk was found, Level 4 (high risk, but need more analysis and improvement immediately) and Level 5 (very high risk, but need more analysis and improvement immediately). The NIOSH Lifting Equation found that the Lifting Index >1 at 55.81% and Lifting Index <1 at 44.19% should be checked and modified at risk Level 2 and 3 in moving and standing work and material handling LI>1 to reduce the workers risk of prevalence of musculoskeletal disorders system.

Keywords : ergonomics, REBA, NIOSH Lifting

¹ นักศึกษามหาบัณฑิต สาขานามยศาสตร์และสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัญหาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในผู้ปฏิบัติงานที่ใช้คอมพิวเตอร์มีจำนวนมากขึ้น ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานประจำวัน การใช้คอมพิวเตอร์เป็นลักษณะงานที่ทำซ้ำๆ และของการปวดคอ ไหล่ และหลังส่วนล่างตามมาได้ และ การใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ยังเพิ่มความเสี่ยงของMSDsอีกด้วย ซึ่งลักษณะงานในสำนักงานมีความเสี่ยงต่ออาการปวด คอ ปวดไหล่ มากกว่าประชากรทั่วไปเนื่องจากลักษณะ งานที่อยู่ในการปฏิบัติ เช่น การนั่งทำงานที่โต๊ะอยู่หน้าคอมพิวเตอร์นานๆ การนั่งเขียนหรือตรวจเอกสารนานเกินกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ตลอดจนงานยกเคลื่อนย้ายที่ใช้แรงคนยก โดยยกของที่มีน้ำหนักมาก ยกบ่อยครั้งหรือการยกด้วยท่าทางการยกที่ไม่เหมาะสม ก็อาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้ รวมทั้งมีอิริยาบถการเคลื่อนไหวและ สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสมอันเป็นสาเหตุสำคัญ จากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ชัยภูมิ⁽¹⁾ พบข้อมูลการเข้าใช้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัดด้วยกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคอ ไหล่ และหลังส่วนล่างตามมาสูงเป็นลำดับที่ 1 ซึ่งในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จะมีลักษณะงานที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานประจำวันมากกว่า500 คน ซึ่งเจ้าหน้าที่ต้องอยู่หน้าคอมพิวเตอร์นานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน และในหน่วยงานสายสนับสนุน เช่น ชักฟอก โภชนาการ ถ่ายกลาง และงานรักษาผู้ป่วย เช่น หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม จะมีลักษณะการทำงานที่ต้องมีการยกเคลื่อนย้ายคนไข้ มีงานที่ต้องยืนทำงาน งานที่ต้องก้มทำงาน งานที่มีท่าทางการทำงานที่ซ้ำซาก มีการทำงานที่ยกแขนค้ำเป็นเวลาานานในระหว่างรอบการทำงาน ตลอดจนมีภาระงานที่แตกต่างกันด้วย และอาจส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของระบบ โครงสร้างและกล้ามเนื้อ ได้ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความผิดปกติของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อในเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานยกเคลื่อนย้ายด้วยแรงคนตาม NIOSH LIFTING EQUATION
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานที่มีการใช้คอมพิวเตอร์ ตามเทคนิค REBA
3. เพื่อหาความชุกของความผิดปกติของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อใน 7 วันและ 3 เดือนที่ผ่านมาในเจ้าหน้าที่

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 256 คน โดยเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะงานยกเคลื่อนย้ายด้วยแรงคน จำนวน 148 คน และเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะงานโดยใช้คอมพิวเตอร์มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน จำนวน 148 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ด้วยเทคนิค REBA ⁽²⁾ เพื่อประเมินการเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายในขณะที่กำลังปฏิบัติงาน ที่มีการประเมินทั้ง 5 ส่วน คือ 1) ตำแหน่งคอ ลำตัวและขา 2) แรงที่ใช้หรือภาระงาน จะพิจารณาน้ำหนักวัสดุที่ยกและลักษณะการทำงานมีการเคลื่อนไหวแบบกระแทกหรือกระชากเร็วหรือไม่ว่าง 3) ตำแหน่งแขนส่วนบน แขนส่วนล่างและข้อมือ 4) การจับยึดวัสดุผู้ปฏิบัติงาน สามารถจับยึดได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ 5) การเคลื่อนไหวและกิจกรรมของงาน มีการเปลี่ยนการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็วเคลื่อนไหวซ้ำๆ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายนานกว่า 1 นาทีหรือไม่
- ผู้ประเมินให้คะแนนการประเมินทั้ง 5 ส่วน ในขณะที่กำลังปฏิบัติงานตามแบบบันทึกคะแนนจากนั้นสรุปคะแนนการประเมิน โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ

ระดับ 1 (1 คะแนน) มีความเสี่ยงน้อยมาก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ระดับ 2 (2-3 คะแนน) มีความเสี่ยงน้อย อาจต้องมีการปรับปรุง

ระดับ 3 (4-7 คะแนน) ความเสี่ยงปานกลาง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและปรับปรุง

ระดับ 4 (8-10 คะแนน) ความเสี่ยงสูง ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมและควรปรับปรุง

ระดับ 5 (>11 คะแนน) ความเสี่ยงสูงมาก ควรปรับปรุงทันที

2. แบบประเมินความเสี่ยงด้านการยกศาสตร์ด้วยเทคนิค NIOSH Lifting⁽³⁾ การประเมิน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวัดค่าตัวแปรต่างๆ

LC = ค่าคงที่ของน้ำหนัก

HM = ตัวคูณปัจจัยระยะห่างจากศูนย์กลางของวัตถุที่ยกกับร่างกายของผู้ยก [25/H]

VM = ตัวคูณปัจจัยความสูงในแนวตั้งของระยะจากมือของผู้ยกถึงพื้น [$1 - (0.003|v-30)$]

DM = ตัวคูณปัจจัยระยะทางการยก [$0.82 + (4.5/D)$]

AM = ตัวคูณปัจจัยความถี่ในการยก [$1 - (0.0032A)$]

FM = ตัวคูณปัจจัยมุมของการเอี้ยวตัว [table5 ใน NIOSH manual]

CM = ตัวคูณปัจจัยลักษณะหรือความถนัดในการจับยึดชิ้นงาน [table7 ใน NIOSH manual]

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณค่าขีดจำกัดของน้ำหนักที่แนะนำ จากสูตร

$RWL = LC \times HM \times VM \times DM \times AM \times FM \times CM$

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณค่าดัชนีการยก (Lifting index) จาก

$LI = L/RWL$

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และแปลผล

$LI < 1$ = ค่าน้ำหนักของวัตถุที่ยกมีค่าน้อยกว่า RWL มีความเสี่ยงน้อย

$LI > 1$ = ค่าน้ำหนักของวัตถุที่ยกมีค่ามากกว่า RWL แสดงว่ามีความเสี่ยงมาก ดังนั้นจึงควรต้องแก้ไข

3. แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ที่ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลเกี่ยวกับ

การทำงาน และข้อมูลความคิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาพบว่า เป็นเจ้าหน้าที่เทศหญิง ร้อยละ 73.05 อายุเฉลี่ยของเจ้าหน้าที่เท่ากับ 36.52 ± 10 ปี เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนสูงเฉลี่ยอยู่ที่ 161 ± 6.4 ซม. ดัชนีมวลการของเจ้าหน้าที่อยู่ระหว่าง 15.62-41.21 อยู่ในเกณฑ์ปกติ คืออยู่ในช่วง 18.5-22.9 คิดเป็นร้อยละ 35.55 ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของเจ้าหน้าที่เท่ากับ 23.57 ± 4.3 เจ้าหน้าที่ร้อยละ 53.13 มีสถานภาพโสด เจ้าหน้าที่ จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี เจ้าหน้าที่ร้อยละ 82.03 ไม่มีอาชีพเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ พบว่า การออกกำลังกาย เจ้าหน้าที่ร้อยละ 74.61 จะออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง เจ้าหน้าที่ร้อยละ 73.14 นอนบนที่นอนนุ่ม ร้อยละ 18.29 มีอาการปวดหลัง หลังจากการตื่นนอนบนที่นอนนุ่มนั้น พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าเจ้าหน้าที่ร้อยละ 42.58 จะดื่มแอลกอฮอล์นานๆครั้ง และไม่ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.73 เจ้าหน้าที่ดื่มกาแฟ ร้อยละ 55.86 และไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 90.23 ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน เจ้าหน้าที่ทำงานมีระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ 1-10 ปี ร้อยละ 63.28 เจ้าหน้าที่มีระยะเวลาที่ทำงานโรงพยาบาลแห่งนี้เฉลี่ย 11.02 ± 10.81 ปี เจ้าหน้าที่ทำงานล่วงเวลาของเจ้าหน้าที่พบว่า เจ้าหน้าที่ทำงานล่วงเวลา 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 35.16 เจ้าหน้าที่มีความเห็นว่า งานที่ทำอยู่ มีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกหรือกล้ามเนื้อ ร้อยละ 78.52

2. การประเมินความเสี่ยงด้านการยกศาสตร์งานยกเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงคน ด้วยเทคนิค NIOSH Lifting^(3,4) จากผลการประเมินความเสี่ยงด้านการยกศาสตร์สำหรับงานยกเคลื่อนย้ายวัสดุ พบว่า มีงานที่มีค่าดัชนีการยกมากกว่า 1 ในแผนก งานโภชนศาสตร์ ร้อยละ 80.90 งานจ่ายกลาง ร้อยละ 69.20 งานเวชกรรมฟื้นฟู 62.50 ตามลำดับ ในแต่ละแผนกสามารถแบ่งตามลักษณะงานได้ดังนี้

2.1 งานโภชนศาสตร์ มีลักษณะงาน คือ ยกถาดอาหารไปส่งตามตึกผู้ป่วยทุกตึก แต่ครั้งที่ยกจะมีการยกถาดอาหารซ้อนกันจำนวนหลายใบที่มีน้ำหนักมาก และมีความถี่ในการยกสูง โดยช่วงเวลาที่จำหน่ายถาดอาหารผู้ป่วยจะแบ่งเป็น 2 ช่วง ช่วงเช้าเวลา 10.00-12.00 น. ช่วงเย็นเวลา 15.00-16.00 น. นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ในการล้างถาดอาหารผู้ป่วย โดย 1 คนจะได้ล้างถาดอาหารไม่ต่ำกว่า 100 ถาดต่อวัน โดยมีท่าทางการยกเคลื่อนย้ายวัตถุ มีการเอี้ยวตัวเพื่อไปหยิบและวางวัสดุ คิ้วของขาของการเอี้ยวตัวถึง 180 องศา

2.2 งานจ่ายกลาง มีลักษณะงาน คือ มีการล้าง ออบบรรจุ เซตทำแผลและอุปกรณ์การแพทย์ โดยลักษณะงานมีการยก หยิบจับวัสดุ เอี้ยวตัว ก้มยก ที่ทำซ้ำๆกันเป็นเวลานาน

2.3 กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู มีลักษณะงาน คือ กายภาพและยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ซึ่งมีน้ำหนัก มากกว่า 25 กิโลกรัม ตั้งแต่เวลา 9.00 – 16.00 น. สำหรับเจ้าหน้าที่ต้องทำการรักษาผู้ป่วยทั้งวัน ทำให้มีความถี่ในการยกเคลื่อนย้ายค่อนข้างสูง ซึ่งหมายความว่างานนั้นมีความเสี่ยงมาก อาจส่งผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อกระดูกได้ ควรปรับปรุงการทำงาน ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลทำให้ค่าดัชนีการยกเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงคนมีค่าสูงกว่า 1

3.การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์สำหรับงานที่มีใช้คอมพิวเตอร์ ด้วยเทคนิค REBA⁽²⁾ จากการประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์สำหรับงานที่มีการใช้คอมพิวเตอร์ไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมงการทำงาน ด้วยเทคนิค REBA พบว่าผลการประเมินระดับความเสี่ยงที่สูงที่สุดคือระดับ 3 ในงานการเงินและบัญชี งานพัสดุ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 29.41, 20.00 และ 14.29 ตามลำดับ ที่ความเสี่ยงระดับ 2 พบในงานเวชระเบียน กลุ่มเวชกรรมสังคม และการเงินและบัญชี ร้อยละ 78.26, 64.29 และ 52.94 ตามลำดับ ที่ความเสี่ยงระดับที่ 1 ได้แก่ งานประกันสุขภาพ งานพัสดุ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 40.00, 21.43 และ 33.33 ตามลำดับ

4. ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ความชุกของความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พบว่า ใน 7 วันและ 3 เดือนที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่มีอาการปวดไหล่สูงที่สุด ร้อยละ 35.10 และ 36.32 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อทำให้เจ้าหน้าที่มีอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก จะเกิดจาก ลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้กล้ามเนื้อที่ทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ ซากๆ เป็นเวลานาน น้ำหนักของวัตถุที่ยกเคลื่อนย้าย จำนวนคนใช้ที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลในการเพิ่มรอบในการทำงานที่มากขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานที่เร่งรีบ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และเจ็บสะสมของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ความเครียด เวลาในการทำงาน ลักษณะงาน ก็ล้วนส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ได้ การนอนบนที่นอนนุ่มๆ ก็ส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่บางท่านมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหลังจากการตื่นนอน^(5,6)

ผลของการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะแก่เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการตระหนักถึงการปฏิบัติงานด้วยท่าทางที่ถูกต้อง โดยการจัดสถานีงานให้มีความสะดวกต่อการทำงานและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อระหว่างการทำงาน นั้นมีความจำเป็นต่อสุขภาพ ในส่วนของโรงพยาบาล คือ การสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานตามหลักยศาสตร์และการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการลดปัญหาการบาดเจ็บของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีสุขภาพอนามัยที่ดี มีความสะดวกสบายและเพิ่มความสุขในการทำงาน อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานของเจ้าหน้าที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรดำเนินการปรับปรุงสถานที่ทำงานเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอาการผิดปกติของระบบโครงสร้างกล้ามเนื้อในเจ้าหน้าที่ครั้งนี้ งานที่มีการใช้คอมพิวเตอร์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ควรปรับความสูงของโต๊ะและเก้าอี้ทำงานให้เหมาะสมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อไม่ให้พนักงานยกไหล่ ก้มคอ หรือต้องเอนตัวไปด้านหลัง ที่จะทำให้เกิดความเมื่อยล้าหรือปวดกล้ามเนื้อกระดูกได้ งานยกเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงคน จัดหาอุปกรณ์หนุนแรงในการยก เพื่อลดน้ำหนักที่ต้องยกแต่ละครั้ง การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการยศาสตร์ในที่ทำงานกับเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ มีความตระหนักเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเพื่อลด

ความเสี่ยงของการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกกล้ามเนื้อ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ กาญจนา นาละพินธุ ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ งานวิจัยนี้สำเร็จลงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลชัยภูมิ. รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชัยภูมิ.
2. การประเมินความเสี่ยงโดยวิธี REBA. <http://thai-ergonomic-assessment.blogspot.com/2014/07/reba.html> สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2560.
3. การประเมินความเสี่ยงโดยใช้สมการ NIOSH. <http://thai-ergonomic-ssessment.blogspot.com/2014/07/niosh.html> สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2560.
4. Thomas R. Water, Vern Putz-Anderson & Arun Garg. (1994). **Application manual for the revised NIOSH lifting equation**. Nation Institute for Occupation Safety and Health.
5. ณัฐพงษ์ นานันและกาญจนา นาละพินธุ. “อาการปวดกล้ามเนื้อจากการทำงานของคนงานในโรงงานยางพาราแผ่น กรณีศึกษาโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี”. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3) : 2557 , 178-183.
6. อนงค์ หาญสกุล กาญจนา นาละพินธุ เฟื่องฟ้า และคณะ. “ปัญหาสุขภาพจากการทำงานอุตสาหกรรมทอผ้าไหมพรม จังหวัดชัยภูมิ”. *วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 6(1): 2549 , 139-149.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

Stress Related Factors in Workers of a Bakery Factory, Khon Kaen Province.

ปาริชาติ ภูติยา¹, เลิศชัย เจริญชัยนุรักษ์²

Parichart Putiya, Lertchai Charerntanyarak

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาระดับความเครียดในการทำงาน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งใน จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสอบถามที่ให้ตอบเองเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประชากรศึกษาเป็นพนักงานทั้งหมดของบริษัทผลิตเบเกอรี่ จำนวน 168 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอนุมานแบบพหุคูณด้วย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานเป็นเพศหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย (หญิง ร้อยละ 50.6 ชาย ร้อยละ 49.4) ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.2 มีอายุมากกว่า 35 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.6 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 54.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาระดับความเครียดของพนักงานในการทำงาน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 85.7 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 14.3 ของพนักงานมีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับระดับความเครียดแบบพหุคูณลอจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในการทำงาน คือ ปัจจัยด้านลักษณะงาน ($OR_{adj} = 3.97, 95\%CI = 1.50-10.49$)

คำสำคัญ: ระดับความเครียด บริษัทผลิตเบเกอรี่

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to find out the levels of stress of workers who worked in bakery factory in KhonKaen province and factors related to their working. The data collection was used by self-answer questionnaire. The descriptive statistics and multiple logistic regression were applied to determine the relationship between the level of stress and factors at statistic significant with 95% confidence interval.

Result showed that most of workers was female (female = 50.6%, male = 49.4%), main aged group of worker >35 years was 45.2%, most status of workers (56.6%) was married, most education of workers (54.2%) was secondary school. The main level of stress of workers (85.7%) was found quite low. There was only 14.3% that workers had the stress in high level. For multiple logistic regression analysis, the factors significantly associated with level of stress was job description ($OR_{adj} = 3.97, 95\% CI = 1.50-10.49$).

Key word: level of stress, bakery factory

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ความเครียดจากการทำงานถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ประกอบอาชีพต่างๆ โดยเฉพาะผู้ใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรมซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียด เช่น ลักษณะงาน งานระบบกะ การทำงานล่วงเวลา ปริมาณงานจำนวนมาก สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น (อัมพร โอตระกูล, 2539) คนทำงานที่มีความเครียดมากเกินไปและไม่ได้รับการแก้ไขในทางที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลและองค์กรแล้ว ยังอาจส่งผลทำให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมายทั้งต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ เมื่อพนักงานมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดี ก็จะให้มีศักยภาพและความสามารถในการทำงานมาก สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ มีความสุขกับการทำงาน ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของงานก็จะสูงตามไปด้วย ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพตอบสนองต่อความต้องการและเป็นที่พึงพอใจของลูกค้า⁽¹⁾

ความเครียดมีผลต่อความรู้สึก นึกคิดและพฤติกรรมของพนักงานในองค์กร ซึ่งสามารถวัดได้จากดัชนีชี้วัดต่างๆ เช่น อุบัติเหตุและอัตราการเจ็บป่วยจากงานที่เพิ่มขึ้น การขาดลา มาสายของพนักงานมากขึ้นผิดปกติ ความปลอดภัยในการทำงานลดลง พนักงานขาดขวัญและกำลังใจ คุณภาพของสินค้าและบริการลดลง การทำงานที่ก้าวก่ายกันหรือไม่ชัดเจน การสื่อสารไร้ประสิทธิภาพ ทำงานผิดพลาดบ่อย สภาพและบรรยากาศการทำงานที่ไม่ดี มีเรื่องขัดแย้งกันระหว่างแผนกต่อแผนก⁽²⁾

บริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ได้ก่อตั้งขึ้นมาในปี 2534 เป็นธุรกิจผลิตและจำหน่ายเบเกอรี่ เริ่มจากการผลิตขนมปังปอนด์สด และแปรรูปเป็นแซนวิชสามเหลี่ยม โดยบริการให้ร้านค้าในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง เมื่อปี 2540 มีการขยายตลาดเพิ่มขึ้นและปรับปรุงกระบวนการผลิต โดยใช้เครื่องจักรที่ทันสมัย โดยได้รับการรับรองมาตรฐาน GMP/HACCP ผลิตภัณฑ์ของบริษัทแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ ขนมปัง ขนมเค้ก โดนัท ปัจจุบันองค์กรได้ดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีการผลิตแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับพัฒนาผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์

อย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองให้ลูกค้า โดยบริการให้ร้านค้าทั่วภูมิภาคอีสานและมีพนักงานทั้งหมด 168 คน ในการทำงาน ของพนักงานที่อยู่ในสายงานของกระบวนการผลิต มีตารางการทำงานแบ่งเป็น 2 กะ คือกะเช้า 06.00 -15.00 น. และกะบ่าย 12.00 - 21.00 น. เพื่อรองรับปริมาณการผลิตและทันต่อเวลาที่จะนำสินค้าเข้าบริการลูกค้า ซึ่งจะเห็นได้ว่าการจัดตารางกะดังกล่าวส่งผลให้พนักงานกะเช้าส่วนมากได้รับประทานอาหารเช้าก่อนมาทำงานไม่ทัน เพราะต้องตื่นแต่เช้ามืด เพื่อมาให้ทันเวลางาน ทำให้พนักงานรู้สึกหงุดหงิด ไม่มีสมาธิในการทำงาน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ปวดท้องโรคระเพาะอาหาร และก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน โดย ประเวศ วัชสี (2535)⁽³⁾ กล่าวว่า ความเครียดนอกจากจะทำให้บุคคลไม่มีความสุขแล้ว ยังนำไปสู่การเป็นโรคต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร เป็นต้น ทั้งยังทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เพราะการไม่สบายทำให้ทำงานได้น้อยลง สถานที่ทำงานของพนักงานฝ่ายผลิต จะปฏิบัติงานภายในห้องที่มีภาวะระบายอากาศถ่ายเทที่ด้อย ส่วนฝุ่นละอองจากแป้งและส่วนผสม ความร้อนของขนมที่ออกจากเตาอบ ความร้อนจากการกวนไส้ขนม สามารถก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจและผิวหนังได้หากไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การทำงานในบริเวณที่แสงสว่างไม่เพียงพอทำให้พนักงานจะต้องใช้สายตามากขึ้นและประสิทธิภาพการทำงานจะลดลง อมราภรณ์ อินโชนานนท์ (2532)⁽⁴⁾ กล่าวว่า สภาพแวดล้อมในที่ทำงานไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน เช่นระบบการระบายอากาศไม่ดี มีเสียงรบกวนระหว่างทำงาน ความร้อนปริมาณงานมากเกินไป บทบาทหน้าที่ในความรับผิดชอบไม่ชัดเจน คลุมเครือ สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานไม่ดี กฎระเบียบ ข้อบังคับมีมาก ขาดโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่ทำงานตลอดจนลักษณะของงานที่เสี่ยงเกินไป หรือนำเบื่อนำยส่วนก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกันและได้มีการศึกษาของ อภรณ์ทิพย์ บัวเพชร และคณะ (2548)⁽¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องทักษะการจัดการกับความเครียดของพนักงานสตรีโรงงานอุตสาหกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กรณีศึกษาโรงงานผลิตถุงมือยางทางการแพทย์ จังหวัดสงขลา พบว่าพนักงานที่อยู่ในสายงานของกระบวนการผลิตต้องปฏิบัติงาน

ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ เช่น สารเคมีที่ใช้ในระบบการผลิต ความร้อน เสียงดังจากเครื่องจักร ฝุ่นละอองจากแป้งเคลือบถุงมือ ทำางการทำงาน ตลอดจนการทำงานซ้ำซาก การทำงานกะและงานล่วงเวลา การสัมผัสกับสิ่งแวดลอมในการทำงานเหล่านี้ล้วนเป็นส่วนเป็นสาเหตุของการเกิดความเครียดในการทำงานได้ทั้งสิ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นหากพนักงานเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เกิดการเจ็บป่วย เกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่ายในการทำงาน เป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุและอัตราการลาป่วยที่เพิ่มขึ้น การขาด ลา มาสายและลาออกของพนักงานมากขึ้นผิดปกติ ดังข้อมูลสถิติการขาดงาน ลาป่วย ลาออกและอุบัติเหตุ ปี 2559 พบว่า พนักงาน มีอัตราการขาดงานเฉลี่ย 2 ครั้ง/เดือน ลาป่วยเฉลี่ย 26 ครั้ง/เดือน มาสายเฉลี่ย 274 ครั้ง/เดือน ลาออกเฉลี่ย 17 คน/เดือน และอุบัติเหตุในการทำงานเฉลี่ย 1 ครั้ง/เดือน ในปี 2559 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการขาดงาน ลาป่วย มาสาย การลาออกและการเกิดอุบัติเหตุในงานของพนักงานมีจำนวนมากส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการผลิต เนื่องจากพนักงานไม่เพียงพอกับการผลิตและไม่มีความพร้อมในการทำงานและขาดพนักงานที่มีความรู้ ความชำนาญในการทำงานเมื่อพนักงานลาออก ทำให้องค์กรต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการหาพนักงานใหม่ และการปฏิบัติงานจะเกิดความล่าช้าจนกว่าพนักงานใหม่จะพร้อมทำงาน นอกจากนี้สาเหตุการขาดงาน ลาป่วย มาสาย การลาออกและการเกิดอุบัติเหตุในงาน เกิดจากความเครียดในการทำงาน ที่มีผลมาจากหลายปัจจัยเช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยในการทำงาน เป็นต้น โดย อมรากุล อินโอสานนท์ (2532) ⁽⁴⁾ กล่าวว่า ความเครียดในการทำงานยังก่อให้เกิดการลางาน การขาดงาน มาทำงานสายบ่อยๆ ขอยกย้ายเปลี่ยนงาน ปฏิบัติงานผิดพลาด เกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากทำงาน ไม่อยากคิดสร้างสรรค์งานใหม่ๆขึ้นมา ผลงานตกต่ำลงไป ขาดการปรับตัวที่ดี และเข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ค่อยได้

จะเห็นได้ว่าความเครียดมีอิทธิพลกับพนักงานและผลผลิตขององค์กรมาก จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในการทำงาน เพราะความเครียดจากที่ทำงาน ทำให้

เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งจะทำให้พนักงานปฏิบัติงานไม่เต็มประสิทธิภาพเกิดผลเสียกับงาน เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดอย่างถูกวิธี เพื่อจะทำให้พนักงานมีสุขภาพกายและจิตใจของพนักงานให้ดีขึ้น มีความพร้อมในการทำงาน พัฒนางานให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น อันเป็นประโยชน์ต่อพนักงานและองค์กรด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความเครียดของพนักงานและปัจจัยในการทำงานที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พนักงานทั้งหมดของบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นมีจำนวน 168 คน (ข้อมูล วันที่ 26 ตุลาคม 2559)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การศึกษานี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำงานของพนักงานในครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม เป็นเครื่องมือ

การวิจัย โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ด้านปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านปัจจัยในการทำงาน เพื่อวัดความเครียดในการทำงาน 8 ด้าน ได้แก่ ด้านอายุการทำงาน ด้านรายได้ ด้านลักษณะของงาน ด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ด้านความก้าวหน้าของการทำงาน ด้านการบริหารงาน ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ และด้านสัมพันธภาพในการทำงาน โดยมีข้อความทั้งหมด 44 ข้อ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สำหรับการวิเคราะห์และแปรผลคะแนน ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความคิดเห็นที่มีต่อปัจจัยในการทำงาน โดยได้จากการคำนวณความกว้างของอัตราก้าวขึ้น⁽⁵⁾ ซึ่งได้จัดแบ่งระดับความคิดเห็นไว้ 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1.00 – 1.80	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1.81 – 2.60	เห็นด้วยน้อย
2.61 – 3.40	เห็นด้วยปานกลาง
3.41 – 4.20	เห็นด้วยมาก
4.21 – 5.00	เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามสำหรับใช้ประเมินความเครียด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ การแปรผลรายข้อ ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความเครียด โดยได้จากการคำนวณความกว้างของอัตราก้าวขึ้น⁽⁵⁾ ซึ่งได้จัดแบ่งระดับความเครียดไว้ 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความเครียด
1.00 – 1.80	น้อยที่สุด
1.81 – 2.60	น้อย
2.61 – 3.40	ปานกลาง
3.41 – 4.20	มาก
4.21 – 5.00	มากที่สุด

การแปลผลในภาพรวม ผู้วิจัยได้กำหนดระดับความเครียดโดยได้จากการคำนวณความกว้างของอัตราก้าวขึ้น⁽⁵⁾ โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ระดับความเครียด
1 - 63	ระดับต่ำ
64 - 125	ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการศึกษาและค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดขอบเขตของการวิจัยและเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัย แล้วนำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพนักงานของบริษัท ซี พี แรม จำกัด จำนวน 30 คนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ใช้ในการวิจัยจริง จากนั้นดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่องของ

แบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบัก (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ผลการวิเคราะห์ คือ ส่วนที่ 1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.82 ส่วนที่ 2 ด้านปัจจัยในการทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81 ส่วนที่ 3 การประเมินความเครียด ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.79 และการศึกษาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งนี้ตามหนังสือเลขที่ HE 603006 ลำดับที่ 4.3.01:4/2560 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10.0 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในการทำงานและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในการทำงานวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square test ในกรณีตรวจสอบพบว่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Chi-square test ให้ใช้ Fisher-exact test แทนและใช้ Simple logistic regression นำเสนอค่า Crude odds ratio (OR_{Crude}) และช่วงความเชื่อมั่น 95% และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ โดยใช้ Multiple logistic regression ด้วยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยนำตัวแปรที่มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.25 เข้าในตัวแบบ และขจัดตัวแปรที่มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 ออกจากตัวแบบ นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของพนักงาน พบว่า พนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 50.6 และส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 35 ปีขึ้นไป จำนวน 76 คน คิดเป็น

ร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 และส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2

2. ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการทำงานของพนักงาน ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการทำงานของพนักงานที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยปัจจัยในการทำงาน 8 ปัจจัย ดังนี้ 1) ด้านอายุการทำงาน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุการทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในข้อคำถามที่ว่า “ประสบการณ์ในการทำงานของท่านสามารถจัดการปัญหาในงานได้ดี” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.61 (S.D.= 0.80) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อคำถามที่ว่า “ท่านไม่มีความมั่นใจในการตัดสินใจเกี่ยวกับงานเนื่องจากประสบการณ์ในการทำงานน้อย” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เท่ากับ 3.13 (S.D.= 1.01) อยู่ในระดับปานกลาง 2) ด้านรายได้ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านรายได้ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในข้อคำถามที่ว่า “ท่านไม่มีความกังวลกับรายได้และรายจ่ายในชีวิตประจำวัน” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.13 (S.D.= 1.17) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อคำถามที่ว่า “นอกจากงานประจำแล้ว ท่านต้องทำงานพิเศษเพื่อหารายได้เพิ่ม” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.62 (S.D.=1.12) อยู่ในระดับปานกลาง 3) ด้านลักษณะงาน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านลักษณะงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในข้อคำถามที่ว่า “ปริมาณงานในความรับผิดชอบของท่านมีความเหมาะสม” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.55 (S.D.= 0.85) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อคำถามที่ว่า “ท่านต้องตื่นนอนแต่เช้าตรู่ เพื่อไปทำงานให้ทันเวลา” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.12 (S.D.=1.14) อยู่ในระดับน้อย 4) ด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับน้อย โดยในข้อคำถามที่ว่า “ท่านรู้สึกวุ่นวายหรือมีเครื่องจักร อุปกรณ์ที่ท่านใช้สภาพดี” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.18 (S.D.= 0.93) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อคำถามที่ว่า “ท่านรู้สึกว่ามีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในการทำงานของท่าน” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.03 (S.D.=1.55) อยู่ในระดับน้อย 5) ด้านความก้าวหน้าในการทำงาน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านความก้าวหน้าของการทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในข้อคำถามที่ว่า “ท่านได้รับการสนับสนุนให้

ปฏิบัติงานเหมาะสมกับระดับความสามารถ” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.41 (S.D.= 0.89) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อคำถามที่ว่า “ท่านทำงานมานานแต่ไม่มีโอกาสก้าวหน้าให้เลื่อนตำแหน่งในระดับสูงขึ้น” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.88 (S.D.=1.00) อยู่ในระดับปานกลาง 6) ด้านระบบการบริหารงาน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านการบริหารงาน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มี โดยในข้อคำถามที่ว่า “ท่านเข้าใจวัตถุประสงค์และนโยบายของการทำงานอย่างชัดเจน” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.71 (S.D.= 0.86) อยู่ในระดับมาก ส่วนในข้อคำถามที่ว่า “การใช้กฎระเบียบในการปฏิบัติงานหลวมเกินไป ไม่ยุติธรรม” และ “ท่านรู้สึกไม่พอใจกับกฎระเบียบในหน่วยงานที่ค่อนข้างจะหย่อนยาน” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.97(S.D.=1.04) และ 2.97 (1.06) ตามลำดับ 7) ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยในข้อคำถามที่ว่า “บริษัทควรจัดให้มีการประกันสุขภาพแก่พนักงาน” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.93 (S.D.= 0.87) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อคำถามที่ว่า “ท่านรู้สึกว่าการดูแลเอาใจใส่ด้านการจัดสวัสดิการ” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.60 (S.D.=1.06) อยู่ในระดับน้อย 8) ด้านสัมพันธภาพในการทำงาน พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย ด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยในข้อคำถามที่ว่า “ผู้บังคับบัญชาของท่านยินดีรับฟังความคิดเห็นจากท่าน” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.85 (S.D.= 0.91) อยู่ในระดับมาก ส่วนข้อคำถามที่ว่า “สัมพันธภาพระหว่างท่านและเพื่อนร่วมงานไปด้วยกันได้ไม่ดี” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 3.31 (S.D.=1.25) อยู่ในระดับปานกลาง

3. ระดับความเครียดของพนักงาน 1) อาการของความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการของความเครียดอยู่ในระดับน้อย โดยในข้อคำถามที่ว่า “ท่านมีอาการปวดเมื่อยที่คอและหลังหรือบั้นเอว” มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.63 (S.D.=1.13) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนข้อคำถามที่ว่า “ท่านรู้สึกหวาดระแวงหรือหวาดกลัว โดยไม่มีเหตุผล” มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.38 (S.D.= 0.72) อยู่ในระดับน้อยที่สุด 2) การประเมินระดับความเครียดของพนักงาน พบว่า พนักงานที่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 85.71 ส่วนความเครียดระดับสูง ร้อยละ 14.29

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในการทำงานกับความเครียดของพนักงานที่ละปัจจัยโดยไม่ต้องคำนึงถึงผลกระทบจากปัจจัยด้านอื่น

4.1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดของพนักงาน

4.2) ปัจจัยในการทำงาน พบว่า ปัจจัยในการทำงานด้านอายุการทำงาน ด้านรายได้ด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน ด้านความก้าวหน้าในการทำงาน ด้านระบบ

การบริหารงานและด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดของพนักงาน ส่วนปัจจัยในการทำงานด้านลักษณะงานและด้านสัมพันธภาพในการทำงาน มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) คือ ลักษณะงานไม่เหมาะสม ($OR = 4.42, 95\% CI = 1.72-11.38$) และ สัมพันธภาพในการทำงานไม่ดี ($OR = 4.03, 95\% CI = 1.32-12.22$)

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยในการทำงาน ที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดของพนักงาน บริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัย	ความเครียดระดับสูง(คน)	ความเครียดระดับต่ำ(คน)	Crude OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR (95% CI)	p-value
ด้านลักษณะงาน						
เหมาะสม	7	93	1.00	-	1.00	-
ไม่เหมาะสม	17	56	4.42 (1.72-11.38)	0.002	3.97 (1.50-10.49)	0.005*
ด้านสัมพันธภาพ						
ดี	18	133	1.00	-	1.00	-
ไม่ดี	6	11	4.03 (1.32-12.22)	0.014	2.93 (0.91-9.41)	0.071

*ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

5.1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกในโมเดลเริ่มต้น การพิจารณาคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลเริ่มต้นนั้น ได้พิจารณาตามเนื้อหาที่ได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมร่วมด้วย โดยใช้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว และเลือกตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25$ พบว่ามีตัวแปรที่นำเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยในการทำงาน ด้านลักษณะงาน ($p\text{-value} = 0.002$) และด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ($p\text{-value} = 0.014$)

5.2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกในโมเดลสุดท้าย พบว่า ปัจจัยในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพในการ

ทำงาน มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดของพนักงานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.071$) ส่วนปัจจัยในการทำงานด้านลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คือ พนักงานที่มีลักษณะงานไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด 3.97 เท่าของพนักงานที่มีลักษณะงานที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\% CI = 1.50 - 10.49, p\text{-value} = 0.005$)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ตัวแปรด้วย Multiple logistic regression และรูปแบบการวิจัยที่ใช้ ตามรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งใน จังหวัดขอนแก่น พบว่า

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานชายและหญิง มีความรับผิดชอบต่อน้ำหนักที่ได้รับมอบหมายอยู่บนมาตรฐาน นโยบายและวัตถุประสงค์ขององค์กรเดียวกัน รวมถึงวัฒนธรรมองค์กรที่เหมือนกัน จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศพล พาสุนันท์ (2551) ⁽⁶⁾ ทำการศึกษาการรับรู้การกำหนดเป้าหมายในการทำงานของพนักงานกับความเครียดในงานของพนักงาน กรณีศึกษาพนักงานของบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) และ จันทร์จิรา กู๋ทองเกษ (2537) ⁽⁷⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ผลการศึกษาพบว่า เพศที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้ความเครียดของพนักงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานทุกช่วงอายุมีหน้าที่และความรับผิดชอบต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการทำงานที่องค์กรได้กำหนดไว้ทุกคน รวมทั้งพนักงานที่มีอายุน้อย มีความกระตือรือร้นในการทำงาน และปรับตัวในการทำงานได้เร็ว ส่วนพนักงานที่มีอายุมาก จะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง และปรับตัวในการทำงานได้ดี อายุจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิรัช แซ่เจ๊ก (2550) ⁽⁸⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา และทศพล พาสุนันท์ (2551) ⁽⁶⁾ ทำการศึกษาการรับรู้การกำหนดเป้าหมายในการทำงานของพนักงานกับความเครียดในงานของพนักงาน กรณีศึกษาพนักงานของบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกันด้านอายุ มีความเครียดในการทำงานไม่ต่างกัน

สถานภาพ พบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานที่สถานภาพโสด หย่า หม้าย และแยกกันอยู่ ทำให้ไม่ต้องรับภาระมากมาย แต่กลับมีเวลาให้กับตัวเองและงานมากขึ้น ส่วนพนักงานที่มีสถานภาพสมรส ซึ่งต้องมีภาระทางครอบครัว แต่จะมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือ นอกจากนั้นในการทำงานก็จะมีผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานที่จะให้ความช่วยเหลือได้อีก จึงทำให้พนักงานทุกสถานภาพสามารถทำงานในห้องครัวได้อย่างเต็มที่ จึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิวพร เล็งไพบูลย์ (2545) ⁽⁹⁾ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเครียดในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กร พนักงานสำรองที่นั่งบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีความเครียดในการทำงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้พนักงานส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ดังนั้นความรู้และสติปัญญาที่ใกล้เคียงกัน ทำให้พนักงานจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ใกล้เคียงกัน ฉะนั้นระดับการศึกษาจึงไม่สัมพันธ์กับความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทร์จิรา กู๋ทองเกษ (2537) ⁽⁷⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม และ ศิวพร เล็งไพบูลย์ (2545) ⁽⁹⁾ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเครียดในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กร พนักงานสำรองที่นั่งบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน) ผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีความเครียดในงานไม่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาณี ว่างานนท์ (2556) ⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาปัจจัยด้านการทำงานที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัทแอมพาส อินดัสตรี จำกัด ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

2. ปัจจัยในการทำงาน การศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานบริษัทผลิตเบเกอรี่แห่งหนึ่งใน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ตามรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยในการทำงานด้านลักษณะงาน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า พนักงานที่มีลักษณะงานไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด 3.97 เท่าของพนักงานที่มีลักษณะงานที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($95\%CI = 1.50 - 10.49$, $p\text{-value} = 0.005$) เพราะงานแต่ละงานมีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ต้องปฏิบัติงานเป็นกะ โดยมีการจัดการตารางกะที่ไม่เหมาะสม พนักงานกะเช้าต้องเริ่มงานตั้งแต่ 06.00 น. ทำให้พนักงานต้องตื่นแต่เช้ามืด เพื่อไปทำงานให้ทันเวลา และมีโอทีซึ่งจะทำให้พนักงานต้องทำงานเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนั้นแล้วบางงานต้องมีการเดินทางอย่างเร่งรีบเพื่อไปส่งสินค้าให้ทันตามที่ลูกค้ากำหนด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ ซึ่งลักษณะงานดังกล่าวส่งผลทำให้พนักงานเกิดความกดดัน เมื่อย่ำแย่จนกลายเป็นความเครียดเกิดขึ้น รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ จากข้อมูลผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2559 และข้อมูลการเบิกยาของพนักงานในปี 2559 พบว่าพนักงานมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไช้มันในเลือดสูง โลหิตจาง หัวใจโต โรคกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะและ ปวดกล้ามเนื้อหลังและแขน อีกทั้งลักษณะงานที่ส่งผลต่อการเกิดความเครียดของพนักงาน มีผลต่อสถิติการขาดงาน ลาป่วย ลาออกและอุบัติเหตุของพนักงานในปี 2559 ที่พบว่า อัตราการขาดงาน ลาป่วย มาสาย การลาออกและการเกิดอุบัติเหตุในงานของพนักงานมีจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการผลิต เนื่องจากพนักงานไม่เพียงพอต่อการผลิตและไม่มีความพร้อมในการทำงานและขาดพนักงานที่มีความรู้ความชำนาญในการทำงานเมื่อพนักงานลาออก ทำให้องค์กรต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการหาพนักงานใหม่ และการปฏิบัติงานจะเกิดความล่าช้าจนกว่าพนักงานใหม่จะ

พร้อมทำงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ วชิระ เพ็ชรธรรม และกลางเดือน โพนนา (2559)⁽¹¹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดของพนักงานและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษาฐานผลิตแก่ธรรมชาติคนอกชายฝั่งอ่าวไทย พบว่าปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ อมรากุล อินโชนานท์ (2532)⁽⁴⁾ กล่าวว่า ความเครียดในการทำงานยังก่อให้เกิดการลางาน การขาดงาน มาทำงานสายบ่อยๆ ขอโยกย้ายเปลี่ยนงาน ปฏิบัติงานผิดพลาด เกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากทำงาน ไม่อยากคิดสร้างสรรค์งานใหม่ๆขึ้นมา ผลงานตกต่ำลงไป ขาดการปรับตัวที่ดี และเข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ค่อยได้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ ประเวศ วะสี (2535)⁽³⁾ กล่าวว่า ความเครียดนอกจากจะทำให้บุคคลไม่มีความสุขแล้ว ยังนำไปสู่การเป็นโรคต่างๆเช่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคลำไส้อักเสบ โรคภูมิแพ้ และโรคมะเร็ง เป็นต้น ทั้งยังทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เพราะการไม่สบายทำให้ทำงานได้น้อยลง ต้องไปรักษาตัว เสียเวลา เสียเงิน ค่ายาค่ารักษาต่างๆอีกด้วย รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของ Luckmann และ Sorensen (1987)⁽¹²⁾ กล่าวว่า ความเครียดจากการทำงานจะมีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ โดยงานที่ต้องรับผิดชอบสูง หรือมีความซ้ำซากจำเจ ย่อมก่อให้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่างานที่รับผิดชอบน้อยกว่า หรือไม่จำเจ และมีอาการแสดงต่างๆเช่น ความคับข้องใจ โกรธง่าย เจ็บป่วยบ่อยๆ การแก้ปัญหาช้าลง ละทิ้งงาน เป็นต้น

ปัจจัยในการทำงานด้านอายุการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า อายุงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานที่มีอายุงานมากมีความชำนาญในงาน ส่วนพนักงานที่มีอายุงานน้อยก็จะได้รับการดูแลจากหัวหน้างานเป็นระยะและ งานส่วนใหญ่ไม่ได้มีซับซ้อนมากนักสามารถเรียนรู้ได้ง่ายและรวดเร็ว ดังนั้นอายุงานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศพล พาสุนันท์ (2551)⁽⁶⁾ ทำการศึกษาการรับรู้การกำหนดเป้าหมายในการทำงานของพนักงานกับความเครียดในงานของพนักงาน

กรณีศึกษาพนักงานของบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ผลการวิจัยพบว่า พนักงานที่มีอายุการทำงานแตกต่างกันมีความเครียดในงานไม่ต่างกัน และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐาปนี ว่างานนท์ (2556)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาปัจจัยด้านการทำงานที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัทแอมพาส อินดัสตรี จำกัด ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการทำงานมีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยในการทำงานด้านรายได้ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานส่วนใหญ่ได้รับค่าแรงขั้นต่ำตามที่กฎหมายแรงงานกำหนด และทางบริษัทได้มีรายได้พิเศษให้กับพนักงาน เช่น ค่ากะ ค่าคุมเครื่อง ค่าความร้อน ค่าตีแป้ง ค่าทำงานล่วงเวลา ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเข้าร้าน และค่าคอมมิชชั่น ทำให้พนักงานรู้สึกพอใจกับรายได้ที่ตัวเองได้รับ จึงทำให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิรัช แซ่เจ๊ก (2550)⁽⁸⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราและ ทศพล พาสุนันท์ (2551)⁽⁶⁾ ทำการศึกษารับรู้การกำหนดเป้าหมายในการทำงานของพนักงานกับความเครียดในงานของพนักงาน กรณีศึกษาพนักงานของบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ผลการวิจัยพบว่า พนักงานที่มีรายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันจะมีความเครียดไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยในการทำงานด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานภายในห้องที่มีการระบายอากาศถ่ายเทที่ดี แสงสว่างในการทำงานในบางจุดที่แสงสว่างไม่พอ ซึ่งพนักงานจะเปิดมู่ลี่อาศัยแสงสว่างจากธรรมชาติเข้ามาช่วยเพิ่มแสงสว่าง บริเวณที่มีฝุ่นละอองจากแป้งและส่วนผสม ความร้อนของขนมที่ออกจากเตาอบ ความร้อนจากการกวนไส้ขนม พนักงานได้สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ตลอดเวลา ส่วนเครื่องมือเครื่องจักรและรถยนต์พร้อมใช้งานและมีการบำรุงรักษาอยู่

เป็นประจำ สภาพแวดล้อมในการทำงานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิรัช แซ่เจ๊ก (2550)⁽⁸⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นต่อปัจจัยในการทำงานด้านสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานแตกต่างกันจะมีความเครียดไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยในการทำงานด้านความก้าวหน้าในงาน ผลการศึกษาพบว่า ความก้าวหน้าของการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานทุกคนจะได้รับอบรมจากวิทยากรทั้งในและนอกบริษัทและการสอนงานจากหัวหน้างานเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถอยู่เสมอ และหัวหน้างานเปิดโอกาสและสนับสนุนให้พนักงานทุกคนได้ใช้ความคิดริเริ่มและได้แสดงฝีมือในการทำงานได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นความก้าวหน้าในงานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน สอดคล้องกับงานของ วสันต์ พันธุ์มณี (2539)⁽¹³⁾ ทำการศึกษาค่าความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงานสืบสวน ศึกษาเฉพาะกรณีของสารวัตรและรองสารวัตรสืบสวน ในสถานีตำรวจนครบาล พบว่า ความแตกต่างในด้านตำแหน่งหน้าที่ในการทำงานไม่ทำให้ระดับความเครียดในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน โดยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิรัช แซ่เจ๊ก (2550)⁽⁸⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า ความก้าวหน้าในการทำงานแตกต่างกันจะมีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐาปนี ว่างานนท์ (2556)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาปัจจัยด้านการทำงานที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัทแอมพาส อินดัสตรี จำกัด ผลการศึกษาพบว่า ความก้าวหน้าในอาชีพมีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำงานของพนักงาน โคนมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.497

ปัจจัยในการทำงานด้านการบริหารงาน ผลการศึกษาพบว่า การบริหารงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องการบริหารงานภายใน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

บริษัท มีการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ กำหนดหน้าที่ และบทบาทของพนักงาน รวมทั้งการกำหนดระเบียบข้อบังคับต่างๆ ของบริษัทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานไว้ได้ชัดเจน พนักงานเข้าใจวัตถุประสงค์และนโยบายของการทำงานอย่างชัดเจนและพนักงานรู้สึกพอใจกับบทบาทหน้าที่ที่ปฏิบัติอยู่ ดังนั้นการบริหารงานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักขณา แก้วกล้าหาญ (2539)⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ปฏิบัติงานคลัง มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การรับรู้ต่อระบบการบริหารงานที่แตกต่างกันจะมีระดับความเครียดไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยในการทำงานด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ผลการศึกษาพบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานมีความพอใจในเงินเดือน ค่าล่วงเวลาหรือรายได้พิเศษ เช่น โบนัส ค่ากะ ค่าคุมเครื่อง ค่าความร้อน ค่าตีแป้ง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าบ้าน และค่าคอมมิชชั่นที่ได้รับจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ และพนักงานได้รับเงินเดือนตรงตามกำหนดทุกครั้ง ซึ่งค่าตอบแทนและสวัสดิการไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานสอดคล้องกับแนวคิดของ ฮารี เพชรมุด (2536)⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า สวัสดิการที่องค์กรจัดการให้แก่พนักงาน ซึ่งการที่องค์กรจัดสวัสดิการ ทำประกันชีวิต ประกันสุขภาพ ให้เงินบำนาญและอื่นๆ สิ่งเหล่านี้เชื่อว่าจะทำให้คนงานอยู่กับองค์กรเพียงอย่างเดียว ยังทำให้คนงานให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเมื่อองค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี คนงานจะเห็นว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้ตนงานเกิดความมั่นคงในการทำงาน แต่การที่องค์กรได้พยายามจัดให้สวัสดิการพิเศษ ทำให้ให้เขาารู้สึกปลอดภัยมากขึ้น และให้ความร่วมมือมากขึ้น

ปัจจัยในการทำงานด้านสัมพันธภาพในการทำงาน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยในการทำงานด้านสัมพันธภาพในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน เนื่องจากพนักงานทุกคนทำงานร่วมกันแบบพี่น้องช่วยเหลือ ดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างหัวหน้างานกับพนักงานและระหว่างพนักงาน

ด้วยกันและ หัวหน้างานมีการรับฟังความคิดเห็น ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือลูกน้องเป็นอย่างดี ฉะนั้นสัมพันธภาพในการทำงานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ สุขเกษม (2543)⁽¹⁶⁾ ทำการศึกษาปัจจัยเชิงเหตุที่มีผลต่อความเครียด ในการปฏิบัติงานของบุคลากร ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายความสัมพันธ์ลูกค้าบริษัท: ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ลูกค้าบริษัท: บุนนาค ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ในเกณฑ์ระดับดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐานันท์ (2556)⁽¹⁰⁾ ทำการศึกษาปัจจัยด้านการทำงานที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัทแอมพาส อินดัสตรี จำกัด ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพมีอิทธิพลต่อความเครียดในการทำงานของพนักงาน

ระดับความเครียดในการทำงานของพนักงาน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า พนักงานส่วนใหญ่ มีความเครียดในการทำงานระดับต่ำ เนื่องจากพนักงานสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม แต่ในทางทฤษฎีความเครียดอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งลักขณา สิริวัฒน์ (2544)⁽¹⁷⁾ กล่าวว่า ความเครียดระดับต่ำ เป็นภาวะของจิตใจที่มีความเครียดอยู่เล็กน้อยถือว่าเป็นภาวะปกติที่พบได้ในชีวิตประจำวันของทุกคน ความเครียดนี้อาจไม่รู้สึกรู้สึก เพราะความเคยชินหรือรู้สึกทนได้ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ความนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมให้เห็นได้ชัด ไม่เกิดผลเสียในการดำรงชีวิต ความเครียดนี้จะหมดไปในระยะเวลาอันสั้น แต่ในด้านการปฏิบัติงาน Dubrin (1984)⁽¹⁸⁾ กล่าวว่า ความเครียดระดับต่ำ ทำให้ขาดความท้าทายในการปฏิบัติงาน เกิดความเกียจคร้าน เบื่อหน่าย ขาดความสนใจ ทำให้ผลงานที่ปฏิบัติได้มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศพล พาสุนันท์ (2551)⁽⁶⁾ ทำการศึกษาการรับรู้การกำหนดเป้าหมายในการทำงานของพนักงานกับความเครียดในงานของพนักงาน กรณีศึกษาพนักงานของบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด

(มหาชน) และ วิรัช แซ่เจ๊ก (2550)⁽⁸⁾ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า พนักงานมีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. ผู้บริหารควรจัดให้มีเวลาพักช่วงสั้นๆ ประมาณ 10 นาที ระหว่างการทำงานทุก 2 ชั่วโมง ให้สลับกันพักผ่อนหรือ มีกิจกรรมคลายความเครียดในระหว่างช่วงการทำงานแต่ละวัน เช่น การทำกายบริหารประกอบเพลง เพื่อเป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและความตึงเครียดจากการทำงาน

2. ผู้บริหารควรมีการปรับลดประมาณการการผลิตให้มีความสมดุลกันในแต่ละวันและสมดุลกับจำนวนพนักงานโดยไม่ให้ปริมาณงานมากเกินไปหรือน้อยเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดการทำงานล่วงเวลาของพนักงานในวันที่มียอดผลิตมาก ทั้งนี้เพราะปริมาณที่มากหรือน้อยเกินไปกับความยากง่ายของงาน มีส่วนทำให้พนักงานเกิดความเครียดได้ รวมถึงการปรับเวลาในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมและสามารถที่จะปฏิบัติได้จริงที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพพนักงานและคุณภาพสินค้า

3. ผู้บริหารควรมีการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้แก่พนักงานทุกคนอย่างทั่วถึง เพื่อให้พนักงานทุกคนมีการพบปะสังสรรค์กันระหว่างเพื่อนร่วมงาน เพื่อสร้างความสามัคคีและสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมากยิ่งขึ้น รวมถึงได้ผ่อนคลายความเครียดด้วย เช่น การจัดงานเลี้ยงประจำปี จัดแข่งขันกีฬา ซึ่งปัจจุบันทางบริษัทมีการจัดกิจกรรมดังกล่าวค่อนข้างน้อย

4. ผู้บริหารควรเร่งปรับปรุงปัญหาด้านแสงสว่างในสถานที่ทำงานที่ไม่เพียงพอ โดยสามารถเลือกพิจารณาแก้ไขตามความเหมาะสม ได้แก่ ติดหลอดไฟเพิ่มเติม ลดระดับความสูงของหลอดไฟลงมาอยู่ในระยะที่สามารถให้ปริมาณแสงสว่างเพียงพอ ใช้โคมไฟที่ทาด้วยสีเงินหรือสี

ขาว ซึ่งมีประสิทธิภาพในการสะท้อนแสงได้ดี ช่วยเพิ่มแสงสว่างในบริเวณบริเวณการทำงาน เปลี่ยนตำแหน่งการทำงานไม่ให้อยู่ในตำแหน่งที่มีเงา หรือเกิดเงาจากตัวผู้ปฏิบัติงาน ใช้แสงสว่างจากธรรมชาติช่วยในการเพิ่มแสงสว่างและ ทำความสะอาดโคมไฟ ผึง เพดาน และพื้นที่หรือบริเวณที่มีกระทบทำให้แสงสว่างลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยในการทำงานเท่านั้น ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ด้านภาวะผู้นำ ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านเศรษฐกิจ สังคม ด้านบุคลิกภาพ ทักษะคิดและความพึงพอใจในงาน เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลไม่ครอบคลุม ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลเพิ่มเติม เช่น แผนกที่พนักงานปฏิบัติงานอยู่ ตำแหน่งงาน ลักษณะงานที่รับผิดชอบ เป็นต้น เพื่อให้ผลการศึกษาละเอียดมากยิ่งขึ้น

3. งานวิจัยนี้ ใช้วิธีการประเมินความเครียด โดยให้พนักงานตอบแบบสอบถาม (Self-Report) โดยการประเมินตนเองจากการทำงาน ดังนั้นควรมีการประเมินความเครียดวิธีอื่นเพิ่มเติม เพื่อความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น เช่น จากการสังเกตสิ่งปรากฏออกมาในตัวคน การใช้เทคนิคการฉายภาพ การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และการประเมินสุขภาพจิต โดยนักจิตวิทยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.เลิศชัย เจริญชัยวัชรินทร์ นายชูเกียรติ โหมยิตวัฒนาพานิชย์ กรรมการผู้จัดการบริษัทผลิตภัณฑ์แห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เอกสารอ้างอิง

1. อารมณ์ทิพย์ บัวเพชร, สุรินทร กลัมพากร และพจนนา หันจางสิทธิ์. “ทักษะการจัดการกับความเครียดของพนักงานสตรีโรงงานอุตสาหกรรม”. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 23(6): 413–421, 2548.
2. องค์การ เรื่องรัตนอัมพร. *ความเครียดจากการทำงาน*. <http://www.cardiook.net/content/view/88-ความเครียดจากการทำงาน.html> ค้นเมื่อ 2 มกราคม 2560.
3. ประเวศ วะสี. *วิถีคลายเครียด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2535.
4. อมรากุล อินโอชานนท์. *ความเครียดในการทำงาน*. *สุขภาพจิต* 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา, 2532.
5. ศิริวรรณ เสรีรัตน์. *พฤติกรรมองค์กร[Organizational Behaviour (OB)]*. กรุงเทพฯ: ธีระฟิล์มและไซท์เท็กซ์, 2541.
6. ทศพล พาสุนันท์. *การรับรู้การกำหนดเป้าหมายในการทำงานของพนักงานกับความเครียดในงานของพนักงานกรณีศึกษาพนักงานของบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน)*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ ภาควิชามนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2551.
7. จันทร์จิรา ภูทองเกษ. *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2537.
8. รินดา อนันต์โชติ. *ปัจจัยส่วนบุคคลและความคลุมเครือในบทบาทที่มีผลต่อความเครียดในงานกรณีศึกษา บริษัท ซีแวงซ์ แอนด์ ออรัค (เอเชีย) จำกัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ ภาควิชามนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2549.
8. วิรัช แซ่เจ็ก. *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมอาหารในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรม บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง, 2550.
9. ศิวพร เล็งไพบูลย์. *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเครียดในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานสำรองที่นั่งของบริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน)*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรม ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2545.
10. ฐาปณี วงگانนท์. *ปัจจัยด้านการทำงานที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัทแอมพาส อินดัสตรี จำกัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2556.
11. วิชระ เพ็ชรธรรม และกลางเดือน โพนนา. “ความเครียดของพนักงานและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของพนักงาน กรณีศึกษาฐานผลิตแก๊สธรรมชาติออกชายฝั่งอ่าวไทย”. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*. 18(1): 10–20, 2559.
12. Luckmann, J. and K.C. Sorensen. *Medical – Surgical Nursing : A Psychological Approach*. (2d ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Co, 1987.
13. วสันต์ พันธุ์มณี. *ความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงานสืบสวน ศึกษาเฉพาะกรณีของสารวัตรและรองสารวัตรสืบสวน ในสถานีตำรวจนครบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2539.
14. ลักขณา แก้วกล้าหาญ. *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ปฏิบัติงานคลัง มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
15. อารี เพชรสุด. *สภาพการทำงานและองค์ประกอบด้านบุคคล*. กรุงเทพฯ: เณตกุลการพิมพ์, 2536.
16. วราภรณ์ สุขเกษม. *ปัจจัยเชิงเหตุที่มีผลต่อความเครียด ในการปฏิบัติงานของบุคลากร ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายความสัมพันธ์ลูกค้าบริษัท: ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ลูกค้าบริษัทราชบุรีบูรณะ*. ภาคนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2543.
17. ลักขณา สรีวัฒน์. *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2544.
18. Dobrin, A.J. *Foundation of Organizational Behavior : An Applied perspective*. Englewood Cliffs N.J. : Prentice-Hall, 1984.

การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอท่าบ่อ
จังหวัดหนองคาย

**THE PREVENTION AND CONTROL OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER
BY VILLAGE HEALTH VOLUNTEER IN THA BO DISTRICT NONG KHAI PROVINCE.**

ศิริ โชติ พจนสุนทร¹ ชนะพล ศรีฤาชา²

Sirichot Potjanasuntorn¹ Chanaphol Sriruacha²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 1,561 คน ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 204 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.6 อายุเฉลี่ย 47.56 ปี (S.D. = 9.05) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 76 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 45.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่าง 6 -10 ปี ร้อยละ 32.4 รายได้เฉลี่ย 3,362.75 บาท (S.D. = 2,904.62) ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.58 คะแนน (S.D. = 0.41) ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61 คะแนน (S.D. = 0.42) มีเพียงคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพ (เกษตรกร) เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ($r = 0.201$, $p\text{-value} < 0.05$) ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.806$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research was aimed to study personal characteristics and motivation that affecting prevention and control of Dengue Hemorrhagic Fever by village health volunteers in Tha Bo district, Nong Khai province. The samples were 204 village health volunteers randomly selected by simple random sampling from the 1,561 population. Data collected by questionnaire between April 20th, 2017 - May 25th ,2017, was analyzed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product - moment correlation.

The study found that the majority of the samples were female (93.6 %), average age of 47.56 years (S.D.=9.05) youngest at 20 years old and oldest at 76 years old, married 82.4 %,majority of the samples were graduated with a Senior High School 45.6 %, agriculturist 59.3 %, experience of village health volunteers between 6 -10 years 32.4%, total monthly income average 3362.75 bath (S.D. = 9,111.40) minimum 10,000 bath and the maximum was 58,000 bath (S.D.= 2,904.62). The motivation was found at the high level, with the average of 2.58 (S.D.=0.41). The performance of prevention and control of Dengue Hemorrhagic Fever was found at the high level, with the average of 2.61 (S.D.=0.42). Personal characteristic of occupation (agriculture) only had low relationship with the performance of prevention and control of Dengue Hamorrhagic fever ($r = 0.201$, $p\text{-value} < 0.05$). The motivation was high related to the performance of prevention and control of Dengue Hamorrhagic fever ($r = 0.806$, $p\text{-value} < 0.001$)

Keyword: Motivation, The performance of prevention and control of Dengue Hemorrhagic Fever

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องมาทุกปี มีการรายงานการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในมากกว่า 100 ประเทศ โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่น โดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนชื้น สำหรับประเทศไทยได้พบการรายงานโรคไข้เลือดออกอย่างประปราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในระยะ 15 ปี ย้อนหลังของประเทศไทย มีลักษณะการระบาดโรคมึนแวมโน้มการระบาดเป็น 2 ปี เว้น 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี สามารถพบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่จะพบมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงที่มียุงลายชุกชุม⁽¹⁾ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 164 ราย อัตราป่วย 31.56 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งรายงานการพบผู้ป่วยในทุกอำเภอ โดยอัตราผู้ป่วยมากที่สุด คือ อำเภอท่าบ่อ จำนวน 47 ราย มีอัตราป่วย 56.56 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นอำเภอสระใคร จำนวนผู้ป่วย 15 ราย มีอัตราป่วย 56.54 ต่อแสนประชากร โดยเฉพาะการควบคุมพาหะนำโรคช่วงปลายปีต่อเนื่องถึงช่วงต้นปี โดยมีการคาดการณ์สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดหนองคายว่าน่าจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น สำหรับสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในอำเภอท่าบ่อ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 229 ราย ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 47 ราย ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งมากกว่า ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีผู้ป่วยไข้เลือดออก จำนวน 7 ราย⁽²⁾ ซึ่งอำเภอท่าบ่อเป็นอำเภอที่มีอัตราการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากรมากที่สุดอำเภอหนึ่งในจังหวัดหนองคาย การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการร่วมมือกันเฝ้าระวัง สังเกตอาการของผู้ที่จะป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและลูกน้ำ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับประชาชน และชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายได้ดำเนินมาตรการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกยังคงไว้ต่อเนื่อง⁽³⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการประสานความร่วมมือของภาคประชาชนให้เกิดความตระหนักในการดูแลรักษาสุขภาพในระดับครัวเรือน ตลอดจนการให้ความรู้ คำแนะนำในการควบคุมและโรคให้แก่ประชาชนในชุมชน การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ ประชาชนในระดับครัวเรือน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการทำกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งการรณรงค์ให้ประชาชนร่วมกันกำจัดและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ตลอดจนเป็น ผู้ให้คำแนะนำ วิธีการกำจัดลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออกและการดูแลรักษาผู้ป่วยในเบื้องต้น การที่จะส่งเสริมการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น นอกจากจะอาศัยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและภาคประชาชนแล้ว ยังต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนช่วยให้เกิดการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล ซึ่งปัจจัยหนึ่งนั้นคือ “แรงจูงใจ” ซึ่งเป็นพลังส่วนหนึ่งที่ช่วยผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดพลังที่จะปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งตามทฤษฎีของเฟรดเดอริค เฮอริชเบอร์ค⁽⁴⁻⁸⁾ ได้สรุปถึงความต้องการหรือความจูงใจในการทำงานว่า ความพึงพอใจในการทำงานและความไม่พึงพอใจในการทำงานของแต่ละบุคคลนั้น เกิดจากแรงจูงใจเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความตั้งใจในการทำงานและเกิดความพอใจในการทำงานจากความเป็นมาดังกล่าวข้างต้นจึงนำไปสู่ประเด็นปัญหาการวิจัย ที่ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ

ศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้มีความเสียสละต่อชุมชนเมื่อเปรียบเทียบกับค่าตอบแทนที่ไม่ได้มาก ส่วนที่สำคัญนั้นคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องเป็นผู้มีจิตใจที่อาสาจะทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คือ การเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนอย่างใกล้ชิด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ เพื่อเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รวมทั้งยังสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับของแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 204 คน⁽³⁾

การคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร สูตร

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

$$n = 163.66 = 164 \text{ คน}$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 164 คน

ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เพื่อให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง และทำการสุ่มอย่างง่าย จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 204 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ และการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3,2,1)⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89 การแปลผลคะแนนระดับโดยนำมาจัดระดับ 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (คะแนนระหว่าง 2.34 – 3.00) ระดับ ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 1.67 – 2.33) และระดับน้อย (คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.66) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 20 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม 2560

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อ 23 มีนาคม พ.ศ. 2560 เลขที่ HE 602031

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย

ละ 93.6 อายุเฉลี่ย 47.56 ปี (S.D. = 9.05 ปี) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 76 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.4 ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 45.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.3 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 6 -10 ปี ร้อยละ 32.4 ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่นในชุมชน ร้อยละ 69.1 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 82.4 โดยมีรายได้เฉลี่ย 3362.75 บาท (S.D. = 2904.62 ปี)

2. ระดับแรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.58 คะแนน (S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าแรงจูงใจด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.78 คะแนน (S.D. = 0.33) รองลงมาเป็นด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา มีค่าเฉลี่ย 2.75 คะแนน (S.D. = 0.38) ส่วนแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านค่าตอบแทน มีค่าเฉลี่ย 2.37 คะแนน (S.D. = 0.44)

3. ระดับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.61 คะแนน (S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการปฏิบัติงานทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 2.67 คะแนน (S.D. = 0.42) รองลงมาเป็นด้านการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกมีค่าเฉลี่ย 2.59 คะแนน (S.D. = 0.43) ส่วนการปฏิบัติงานที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ย 2.58 คะแนน (S.D. = 0.42)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคล แรงจูงใจ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (หญิง)	0.123	0.081	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	-0.007	0.92	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานภาพสมรส (คู่)	0.062	0.379	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษา)	-0.091	0.194	ไม่มีความสัมพันธ์
5. อาชีพ (เกษตรกรรวม)	0.201	0.004	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
6. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	-0.014	0.845	ไม่มีความสัมพันธ์
7. มีตำแหน่งอื่นในชุมชน	-0.058	0.413	ไม่มีความสัมพันธ์
8. รายได้	-0.106	0.132	ไม่มีความสัมพันธ์

จากตาราง 1 พบว่า มีเพียงคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพ (เกษตรกรรวม) เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.201$, $p\text{-value} < 0.05$) ส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอื่นๆ ได้แก่ เพศ (หญิง) อายุ สถานภาพสมรส (คู่) ระดับการศึกษา

(มัธยมศึกษา) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การมีตำแหน่งอื่นในชุมชน และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.668**	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านความยอมรับนับถือ	0.563**	<0.001	ปานกลาง
3. ความรับผิดชอบ	0.549**	<0.001	ปานกลาง
4. ด้านค่าตอบแทน	0.474**	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	0.662**	<0.001	ปานกลาง
6. ด้านความสัมพันธ์กับบังคับบัญชา	0.613**	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวมแรงจูงใจ	0.806**	<0.001	สูง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

จากตาราง 2 แรงจูงใจ พบว่า ในภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.806$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า แรงจูงใจทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง โดยแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์ที่สุดคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($r = 0.668$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ($r = 0.662$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดคือ ด้านค่าตอบแทน ($r = 0.474$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยรวมข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 204 ฉบับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 174 ฉบับ โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือ พบว่า ปัญหาด้านแรงจูงใจ ส่วนใหญ่ได้รับค่าตอบแทนยังน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับการปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะ ขอเพิ่มค่าตอบแทนขึ้นอีก ส่วนปัญหาด้านการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่เป็นด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก ข้อเสนอแนะควรมีการรณรงค์ร่วมกันกำจัดลูกน้ำยุงลาย ฟันหมอกควันอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการประชาสัมพันธ์การกำจัดลูกน้ำยุงลาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และการรณรงค์และขอความร่วมมือให้ประชาชนทราบถึงวิธีการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า มีเพียงคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพ (เกษตรกรรม) ที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.201$, $p\text{-value} < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่มีความผูกพันและใกล้ชิดกับคนในชุมชน ซึ่งพร้อมจะออกปฏิบัติงานด้าน

สาธารณสุขเพื่อชุมชน ได้อย่างเสมอ รวมทั้งยังส่งผลต่อความพร้อมเพียงทางด้านเวลาในการรวมตัวกันปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอาชีพ (เกษตรกรรม) ที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.288$, $p\text{-value} = 0.009$)⁽¹⁰⁾

แรงจูงใจ พบว่า ในภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.806$, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า แรงจูงใจทุกด้านมีความสัมพันธ์ปานกลาง โดยแรงจูงใจที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันสูงที่สุดคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($r = 0.668$, $p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ($r = 0.662$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนแรงจูงใจที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันน้อยที่สุดคือ ด้านค่าตอบแทน ($r = 0.474$, $p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.718$, $p\text{-value} < 0.001$)⁽⁸⁾ แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเขียงขึ้น จังหวัดมหาสารคาม ($r = 0.77$, $p\text{-value} < 0.001$)⁽⁴⁾ และแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชนอำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ($r=0.207$, $p\text{-value}<0.001$)⁽⁶⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการกำหนดแผนการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกในระดับอำเภอร่วมกัน เพื่อให้การ ปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกในระดับ อำเภอมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรกำหนด แผนการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออก รวมทั้งตัวชี้วัดผลการดำเนินงานให้มีความชัดเจน เพื่อให้ การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการพิจารณาสนับสนุน แผนงานหรือกิจกรรมด้านการควบคุมและป้องกัน โรค ไข้เลือดออก ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ด้านการควบคุม โรค ไข้เลือดออกมากยิ่งขึ้น เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการ ปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. ควรมีการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านได้รับการฝึกอบรมด้านการปฏิบัติงาน ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมากยิ่งขึ้น เพื่อเป็น การเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน รวมทั้ง เสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการสนับสนุนจากองค์กร เพื่อ ส่งเสริมให้การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาแนวทางการปฏิบัติงานควบคุม และป้องกัน โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในแต่ละเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อกำหนดแผนการ ปฏิบัติงานควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับอำเภอให้มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ให้ความรู้ตลอดหลักสูตร ขอขอบพระคุณสาธารณสุข อำเภอท่าบ่อ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทุกแห่งในอำเภอท่าบ่อ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการศึกษา ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณนิ รันตร์ ถาละคร และคุณบุญสันต์ อนารัตน์ ที่กรุณา ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และขอขอบคุณครอบครัว ของผู้วิจัยที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำปี๒๕๕๙. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559).
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. สถานการณ์ไข้เลือดออกจังหวัดหนองคาย. (2559).
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าบ่อ. รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2559. (2559).
4. จิราภรณ์ สีดาพล. แรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาทอง อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2557)
5. ยุพิน อัมพรราช. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอห้วย แดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 หน้า 31-43. (2556).

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

6. วงศ์นริศ คงรอด. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2554).
7. ศุภีมาศ ราชประโคน. ปัจจัยจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2557).
8. สุวัฒน์ะ วงศ์ปฏิมาพร. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุก จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2553).
9. Likert, Rensis. "The Method of Constructing and Attitude Scale". In Reading in Fishbein, M (Ed.), Attitude Theory and Measurement (pp. 90-95). New York: Wiley & Son. (1967).
10. กฤษ ตะกา. การมีส่วนร่วมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองน้ำใส อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(4), 55-64. (2553).

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

Knowledge of Working Conditions of Emergency Medical Volunteers in Chum Phae Local

Administration Government, Khon Kaen Province

วราพร จันดาเวียง¹, ดร.วรางคณา สังกิติธิตส์²

Waraporn Jundawiang¹, Dr.Warangkana Sungsitthisawad²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 12 ตำบล เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและยังคงปฏิบัติงาน จำนวนทั้งหมด 106 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลางร้อยละ 70.75 ระดับต่ำร้อยละ 16.04 และระดับสูงร้อยละ 13.21 รายข้อที่ได้คะแนนต่ำ เช่น การประเมินอาการของผู้ป่วยโรคหัวใจตอบถูกร้อยละ 50.00 ประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินตอบถูกร้อยละ 36.68 การค้ำกระดูกแบบเปิดและห้ามเลือดตอบถูกร้อยละ 43.40 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่กระดูกหักแบบเปิดตอบถูกร้อยละ 40.57 การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการชักตอบถูกร้อยละ 22.64 เป็นต้น หากอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขาดองค์ความรู้ในการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการประเมินสถานการณ์และการบาดเจ็บ ย่อมส่งผลกระทบต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถึงขั้นเสียชีวิตและสูญเสียอวัยวะได้ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดให้อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ความรู้การแพทย์ฉุกเฉิน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น¹

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate knowledge in giving service of emergency medical volunteers in Chum Phae Local Administration Organization, Khon Kaen Province in 12 sub-districts. Data collection was by interviewing 106 emergency medical volunteers registered with the National Emergency Medical Institute, who are still working.

The findings: Emergency medical volunteers' knowledge was mostly at medium level 70.75%, at low level 16.04% and at high level 13.21%. The knowledge item gaining the low score was evaluation of heart patients symptoms 50.00% correct answers, evaluation of patients' emergency conditions 36.68% correct answers, the open bone bracing and blood stopping 43.40% correct answers, treatment of a broken bone open-type 40.57% correct answers, and aid patients' convulsion 22.64% correct answers. If these emergency medical volunteers lack knowledge in aid work for patients especially the evaluation of conditions and injuries will result in patients' danger up to death and loss of organs. Therefore, the local Administration Organization should assign such volunteers to receive continuous training for improving their knowledge.

Keywords: Emergency medical volunteers, Knowledge of Emergency, Local Administration Organization

¹ นิสิตหลักสูตรอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นให้ได้ตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾ หน่วยกู้ชีพตำบลเป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁽²⁾ โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งขึ้น เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม สะดวก รวดเร็วและทั่วถึง รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือในเบื้องต้นได้ทันเวลา เนื่องจากเจ้าหน้าที่อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์อยู่ใกล้ชีวิตประชาชน รู้จักพื้นที่ สามารถเข้าถึงประชาชนได้ในระยะเวลาอันสั้น⁽³⁾ โดยแต่ละแห่งมีอย่างน้อย 10 คน ประกอบด้วย 1) หัวหน้าทีม 2) เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือ 1-2 คน และ 3) พนักงานขับรถ⁽⁴⁾ โดยผ่านการฝึกอบรมพื้นฐานการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการให้บริการของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ทุกคน⁽⁵⁾

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จึงนับว่าเป็นบุคคลสำคัญในการรักษาพยาบาล ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ ซึ่งผู้รับบริการเหล่านี้มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น ลดการเกิดความพิการ ลดการสูญเสียทรัพย์สินจากการรักษาพยาบาลและการทำงานได้

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีแนวโน้มการให้บริการสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2557-2559 ออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกสถานที่จำนวน 8,177 ครั้ง 8,610 ครั้ง และ 8,925 ครั้งตามลำดับ⁽⁶⁾ การปฏิบัติงานต้องแข่งขันกับเวลา การให้ความช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยหากมีความล่าช้าแม้แต่วินาทีเดียว อาจหมายถึงการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวได้ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ในระดับที่ปฏิบัติงานได้^(7,8) ดังนั้นการวิจัยนี้จึงประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การประเมินสถานการณ์และสภาพผู้บาดเจ็บ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้ทูลสื่อสาร ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ การเสียเลือด การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ในเขตองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนอบรมฟื้นฟูให้ความรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติตนและออกข้อบังคับการปฏิบัติงานให้มีสภาพที่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความรู้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด 12 ตำบล ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และปฏิบัติงานในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน 2560 จำนวนทั้งหมด 106 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาที่ได้เป็นความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยไม่ได้จัดทดสอบ แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้ (Tryout) ในกลุ่มอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน เพื่อปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับข้อคำถามความรู้จำนวนทั้งหมด 46 ข้อ (ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน) นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Method) ให้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.80

การแปลผลความหมายของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ (Bloom : 1976) ดังนี้

ร้อยละ 80 – 100 หมายถึง สูง

ร้อยละ 60 – 79 หมายถึง ปานกลาง

ร้อยละ 0 – 59 หมายถึง ต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอด้วยตารางแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE592365 ลงวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

1. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 12 ตำบล ในเขตอำเภอมุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 106 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.70 มีอายุระหว่าง 41-50 ปีร้อยละ 30.18 รองลงมาอายุมากกว่า 50 ปีร้อยละ 25.47 และอายุระหว่าง 21-30 ปีร้อยละ 21.69 (อายุเฉลี่ย 44.10 ± 11.41 ปี อายุน้อยที่สุด 19 ปีและมากที่สุด 63 ปี) สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 66.98 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 47.17 ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ส่วนใหญ่ระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 37.74 รองลงมา 6 ปี ร้อยละ 33.02 และระหว่าง 4-6 ปี ร้อยละ 29.24 (ประสบการณ์เฉลี่ย 4.96 ± 3.21 ปี ประสบการณ์น้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 10 ปี) ผ่านการอบรมเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มาแล้วมากกว่า 6 ปี ร้อยละ 39.62 รองลงมา ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 37.74 และระหว่าง 3-4 ปี ร้อยละ 22.60 (ผ่านการอบรมมาแล้วเฉลี่ย 5 ± 3.21 ปี) ประกอบอาชีพหลักเกษตรกรร้อยละ 50.94 รองลงมา อาชีพรับจ้างร้อยละ 35.85 และอาชีพข้าราชการ/พนักงานของรัฐร้อยละ 9.43 เกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 47.16 รองลงมาอยู่ระหว่าง 4,000-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 17.93 และอยู่ระหว่าง 6,001-7,000 บาท/เดือน ร้อยละ 16.03 (รายได้เฉลี่ย $6,396.69 \pm 2,513.42$ บาท/เดือน รายได้น้อยที่สุด 400 บาท/เดือนและมากที่สุด 27,000 บาท/เดือน) อาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 75.47 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 24.53 ในส่วนนี้มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานร้อยละ 61.54 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ

26.92 โรคลมชักร้อยละ 11.54 และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 17.40

ค่าตอบแทนที่ได้รับจากการปฏิบัติงานอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับค่าตอบแทนร้อยละ 71.69 และมีเพียงส่วนน้อยได้รับค่าตอบแทน 200 บาท/ครั้ง ร้อยละ 28.3 มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับสวัสดิการจากการปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 62.26 ซึ่งในส่วนนี้เป็นสวัสดิการด้านการประกันชีวิต ร้อยละ 39.62 รองลงมาเป็นชุดยูนิฟอร์มและได้รับการอบรมต่างๆ จำนวนเท่ากันคือร้อยละ 20.75 เหตุผลในการเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ส่วนใหญ่ทำด้วยใจรักในงานบริการให้ความช่วยเหลือผู้อื่นร้อยละ 85.85 รองลงมา ทำให้มีรายได้เพิ่มร้อยละ 41.51 ทำให้มีเกียรติยศ/ชื่อเสียงและมีความก้าวหน้าในอาชีพจำนวนใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 22.64 และร้อยละ 21.70 ตามลำดับ จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุดอยู่ระหว่าง 21-30 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 37.73 รองลงมา น้อยกว่า 20 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 20.75 และอยู่ระหว่าง 41-50 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 14.15 (บริการเฉลี่ย 36.62 ± 19.79 ครั้ง/เดือน น้อยที่สุด 3 ครั้ง/เดือนและมากที่สุด 80 ครั้ง/เดือน) เหตุการณ์ที่ออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พบบ่อยๆ ส่วนใหญ่คือ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเบาหวานร้อยละ 90.57 รองลงมาคืออุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 83.02 และผู้ป่วยฉุกเฉิน Stroke ร้อยละ 61.32

ความรู้ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความรู้ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการประเมินทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ การประเมินสถานการณ์และสภาพผู้บาดเจ็บ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้วิทยุสื่อสาร ภาวะฉุกเฉินการแพทย์ การเสียเลือดและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก และการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย พบว่า ในภาพรวม ส่วนใหญ่อาสาสมัครมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 70.75 ระดับต่ำร้อยละ 16.04 และระดับสูงร้อยละ 13.21 (คะแนนเฉลี่ย 36.56 ± 5.53 คะแนน) คะแนนต่ำสุด 18 คะแนนและคะแนนสูงสุด 46 คะแนน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์และสภาพผู้บาดเจ็บ การประเมินสถานการณ์และสภาพผู้บาดเจ็บเบื้องต้นซึ่งต้องทำอย่างรวดเร็ว รายชื่อที่มีค่าคะแนนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การประเมินสถานการณ์และสภาพผู้บาดเจ็บโดยใช้เวลาในการปฏิบัติไม่เกิน 60 วินาที อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ตอบถูกร้อยละ 95.28 ความสามารถในการหายใจของผู้ป่วยด้วยการสังเกต การฟังเสียงและการสัมผัสตอบถูกร้อยละ 94.34 กรณีที่พบผู้ป่วยสามารถแยกได้ระหว่างผู้ป่วยด้วยโรคทั่วไปหรือผู้ป่วยจากการได้รับบาดเจ็บ และหากไม่สามารถแยกได้ จะให้การดูแลผู้ป่วยเสมือนผู้ป่วยจากการได้รับบาดเจ็บตอบถูกร้อยละ 82.08 การตรวจชีพจรของทารกโดยการคลำชีพจรที่ข้อพับแขนตอบถูกร้อยละ 81.13 สำหรับรายชื่อที่ได้คะแนนน้อยคือการประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วยระดับไม่รู้สีกตัวตอบถูกร้อยละ 65.32

ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน รายชื่อที่มีค่าคะแนนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ กรณีที่พบว่าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวต้องให้การช่วยเหลือทันทีด้วยการช่วยเปิดทางเดินหายใจ โดยการเขยคางและกดหน้าผากตอบถูกร้อยละ 95.28 การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยผู้ป่วยแสดงอาการหมดสติไม่มีการเคลื่อนไหวจับชีพจรไม่ได้ไม่หายใจตอบถูกร้อยละ 94.34 การทำ CPR ช่วยเหลือผู้ป่วยควรมีการสับเปลี่ยนตำแหน่งทุกๆ 2 นาทีหรือหนึ่งรอบของการหายใจตอบถูกร้อยละ 82.08 การกดหน้าอก 30 ครั้งต่อด้วยการช่วยหายใจด้วยการเป่าปาก 2 ครั้งต่อด้วยการนวดหน้าอกอีก 30 ครั้ง จำนวน 5 รอบ จึงตรวจชีพจรที่คอตอบถูกร้อยละ 79.25 อัตราการกดหน้าอกต่อการช่วยหายใจคือ บีบหัวใจ(กดหน้าอก) 30 ครั้งต่อการช่วยหายใจด้วยการเป่าปาก 2 ครั้ง ตอบถูกร้อยละ 75.47 และอัตราในการกดหน้าอก 100 ครั้ง/นาที ตอบถูกเพียงร้อยละ 66.98

ความรู้เกี่ยวกับการใช้วิทยุสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับการใช้วิทยุสื่อสารของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ รายชื่อที่มีค่าคะแนนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เครื่องวิทยุโทรคมนาคมชนิดพกพาหรือมือถือกำลังส่งออกอากาศ 5 วัตต์ตอบถูกร้อยละ 87.74 การใช้วิทยุสื่อสารใน

การส่งเสียงคนตรี ราชการบันเทิงหรือการโฆษณาผ่านวิทยุอาสาสมัครไม่ทราบร้อยละ 82.08 รหัสเรียกขาน ว.1 หมายถึง อยู่ที่ไหนตอบถูกร้อยละ 75.47 จำนวนช่องความถี่ของวิทยุสื่อสารของกระทรวงสาธารณสุขมีทั้งหมด 11 ช่องความถี่ตอบถูกร้อยละ 70.75

ความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินการแพทย์ ความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะฉุกเฉินการแพทย์ รายชื่อที่มีค่าคะแนนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ อาสาสมัครฉุกเฉินให้การดูแลมารดาหลังคลอด โดยการเฝ้าระวัง การสังเกตอาการช็อกจากภาวะเสียเลือด และบันทึกเวลาคลอดของทารกไว้ตอบถูกร้อยละ 95.28 หลังจากทารกคลอดทำการเช็ดเลือด น้ำมูกที่ปากและจมูกด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ คูดน้ำในปากและจมูกอีกครั้งด้วยลูกสูบยางแดง ทำการนวดที่หลังหรือดัดที่ฝ่าเท้าของทารก เพื่อกระตุ้นการหายใจตอบถูกร้อยละ 94.34 กรณีพบผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมทำให้ความช่วยเหลือของอาสาสมัครฉุกเฉินเบื้องต้น โดยการจัดให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย สงบ การให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ลำพังอาสาสมัครตอบถูกร้อยละ 90.57 ผู้ป่วยในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง มีการซักประวัติว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดจากโรค เช่น โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง เวลาที่เริ่มแสดงอาการตอบถูกร้อยละ 85.85 หลังทำคลอดฉุกเฉินการตัดสายสะดือจะต้องรอทีมปฏิบัติฉุกเฉินระดับสูงกว่ามาทำ เพราะต้องมีอุปกรณ์และต้องมีความชำนาญตอบถูกร้อยละ 82.08 การทำความสะอาดตัวทารกกรณีคลอดฉุกเฉินให้ใช้ผ้าสะอาดเช็ดเลือดและน้ำคาล์วออกก่อนนำส่งโรงพยาบาลใกล้เคียงตอบถูกร้อยละ 80.19 การคลอดฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลให้กระบวนการคลอดเป็นไปตามกลไกธรรมชาติ โดยให้มารดานอนหงายตั้งเข่าและแยกขาออก วางผ้าสะอาดไว้ได้กั้นผู้ป่วยตอบถูกร้อยละ 79.25 ผู้ป่วยที่มีอาการ เจ็บหน้าอกแน่นๆ ตรงกลางเหมือนมีอะไรทับหรือบีบรัด เจ็บนานมากกว่า 20 นาที จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่คือ อาการของโรคหัวใจตอบถูกร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีไข้ ภาวะติดเชื้อ สารพิษรวมทั้งยาและแอลกอฮอล์ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปฏิกริยาของยาอินซูลิน ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลงคือ ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน

ตอบถูกร้อยละ 38.68 และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการชัก ควรจับมัดแขนขาเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดชักและใช้วัสดุแข็งรัดปากเพื่อป้องกันการกัดลิ้นตอบถูกร้อยละ 22.64

ความรู้เกี่ยวกับการเสียเลือดและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก ความรู้เกี่ยวกับการเสียเลือดและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก รายชื่อที่มีค่าคะแนนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ การประเมินผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง การห้ามเลือดโดยการปิดแผล ถ้าพบว่ามีเลือดออกมากให้ใช้ผ้ายืดพันรัดและสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงทางสมอง เช่น ซึม ระดับของการรู้สึกตัวลดลง การพุดคุยสับสน ปวดศีรษะมาก อาเจียนพุ่งตอบถูกร้อยละ 98.11 การแสดงอาการของผู้ป่วยที่มีเลือดออกภายใน มีอาการกระสับกระส่าย สีของผิวหนังเปลี่ยนแปลง ซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชี้น ซิพจรเบาเร็ว การหายใจเร็ว ตื่นกลัว คลื่นไส้ อาเจียน กระจายน้ำ ตอบถูกร้อยละ 92.45 การดูแลแผลสกปรกมาก เช่น แผลลึกขาดจากรถล้ม ควรใช้น้ำสะอาดหรือน้ำเกลือล้างแผลและใช้ผ้าสะอาดปิดแผลตอบถูกร้อยละ 90.57 การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยประสบอันตรายจากสารเคมี ให้อาสาสมัครคำนึงถึงความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุก่อนว่ามีความปลอดภัยมากน้อยเพียงไร ก่อนที่จะเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับอันตรายจากสารเคมีตอบถูกร้อยละ 88.68 การประเมินผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากกระแสไฟฟ้า ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงมากกว่าที่แสดงออกภายนอกตอบถูกร้อยละ 88.68 กระจกหักแบบเปิด คือการหักของกระจกที่หักแล้วมีกระจกที่มทะลุผิวหนังออกมามากภายนอก ทำให้เห็นมีบาดแผลตรงบริเวณกระจกที่หักตอบถูกร้อยละ 87.74 การดูแลแผลที่วัสดุปักคาไม่ต้องดึงวัสดุปักคาออก ให้นำส่งโรงพยาบาลในทันทีตอบถูกร้อยละ 71.70 การห้ามเลือดจากแผลลึกขาดเนื่องจากของไม่มีคม ทำโดยใช้ผ้าสะอาดวางทับเบา ๆ ที่ปากแผลไม่ต้องใช้มือกดและใช้ผ้าสะอาดพันทับแผลอีกครั้งก่อนนำส่งโรงพยาบาลตอบถูกร้อยละ 70.75 ผู้ป่วยที่อวัยวะถูกตัดขาด (แขน ขา นิ้วมือ นิ้วเท้า) ให้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยการห้ามเลือดและการเก็บรักษาอวัยวะที่ถูกตัดขาดใส่ถุงพลาสติกรัดปากถุงให้แน่นแล้วนำไปแช่น้ำแข็งก่อนนำส่งโรงพยาบาลตอบถูกร้อยละ 68.87 การห้ามเลือดของแผลเปิดที่ทรวงอกโดยใช้ผ้าก๊อช

หรือแผนพลาสติกสะอาดปิดบาดแผลแล้วปิดพลาสติกที่ขอบทั้ง 3 ด้านตอบถูกร้อยละ 68.87 และการดูแลแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกให้ใช้น้ำหรือน้ำเกลือล้างบนแผล เพื่อช่วยลดอาการปวดแสบปวดร้อนตอบถูกร้อยละ 67.92 บาดแผลปิดคือ บาดแผลที่มีการรักษาของเนื้อเยื่อภายใต้ผิวหนัง เช่น แผลฟกช้ำ ห้อเลือด ข้อเท้าพลิก ข้อแพลงตอบถูกร้อยละ 60.38 การตามกระดูกแบบเปิด ตามก่อนแล้วจึงใช้ผ้าก๊อชสะอาดปิดลงบนแผล เพื่อห้ามเลือดตอบถูกร้อยละ 43.40

ความรู้เกี่ยวกับการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย รายชื่อที่มีค่าคะแนนเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยได้แก่ การจัดทำทางในการยกและเคลื่อนย้ายให้ขึ้นในตำแหน่งที่เหมาะสมคือ เวลาขยผู้ป่วยต้องย่อขา งอเข่าและหนีบแขน กำมือที่ผู้ป่วยให้แน่น เวลายกให้ขึ้นตัวตรงๆ ตอบถูกร้อยละ 92.45 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ อาการบาดเจ็บจะต้องได้รับการแก้ไขเบื้องต้นก่อนที่จะเคลื่อนย้ายตอบถูกร้อยละ 91.51 ไม่ทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ยกเว้นผู้ป่วยมีอาการไม่ปลอดภัยหรือสถานที่เกิดเหตุไม่ปลอดภัยตอบถูกร้อยละ 87.74 ผู้ป่วยมีอาการกระดูกหักทำให้ความช่วยเหลือสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ทันทีนั้นอาสาสมัครตอบว่าถูกร้อยละ 86.79 การจัดทำให้กับผู้ป่วยยกแขนสองข้างอยู่เหนือศีรษะ ผู้ให้การช่วยเหลือเคลื่อนย้ายโดยการลากทางปลายเท้า ใช้มือสองข้างจับบริเวณข้อเท้าของผู้ป่วยแล้วดึงเข้าหาตัวตอบถูกร้อยละ 71.70

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครส่วนมากมีความรู้ในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพร ธรรมลิขิต และสุภาพรรณ สุธาโร^(9,10) ความรู้ในเรื่องการประเมินสถานการณ์และสภาพผู้บาดเจ็บ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การใช้วิทยุสื่อสาร ภาวะฉุกเฉินการแพทย์ การเสียเลือดและการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก และการยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อาสาสมัครสามารถปฏิบัติได้อยู่ระดับปานกลาง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ความรู้ของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์อยู่ระดับสูงมีจำนวนน้อยและบางส่วนมีความรู้ในระดับต่ำ หากขาดองค์ความรู้ในการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการประเมินสถานการณ์และการบาดเจ็บ ย่อมส่งผลต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถึงขั้นเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะได้ และต่อความก้าวหน้าในการทำงานของตัวอาสาสมัครเอง^(11,12) ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดให้อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง⁽¹³⁾ สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการปฏิบัติงานและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายให้ครอบคลุมและเพียงพอตามมาตรฐานที่ต้องใช้งาน นอกจากนี้ควรจัดสรรค่าตอบแทน สวัสดิการ ความก้าวหน้าในอาชีพ ความมั่นคง เป็นต้น^(14,15) เพื่อสร้างแรงจูงใจ ขวัญและกำลังใจของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย ควรกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติให้อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ต้องได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการปฏิบัติงานและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายให้ครอบคลุมเพียงพอและได้มาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วรางคณา สังสิทธิ์สวัสดิ์ ที่ได้ให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ รวมถึงช่วยชี้แนะข้อผิดพลาดต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และเอาใจใส่สนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551. ขอนแก่น : ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์. 2551.
2. สุพรรณวดี ธิญญาและคณะ. การรับรู้และความคาดหวังต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยและญาติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2554.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder). กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด. 2551.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่บริษัทอัลติเมท พรินติ้ง จำกัด. 2557.
5. วรรณิกาทิพย์ ชัยมงคล. การศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลไทรโสภาอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการครั้งที่ 4. การวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน. 2556
6. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมแพ. สถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมแพ. 2559.
7. เมธาวิณี บวมทอง. การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการรับรู้ของอาสาสมัครกู้ชีพฉุกเฉินเบื้องต้นในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา]. 2556.
8. Chia-Chou Tsai. A research on the three-year performance of the regional emergency operation centers in Taiwan. 2013.
9. อัมพร ธรรมลิขิตและคณะ. ความพร้อมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่อาสากู้ชีพและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานการให้บริการของเจ้าหน้าที่อาสากู้ชีพในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 กันยายน 2553 – กุมภาพันธ์ 2554.
10. กฤษณ์ โปธิศรี. การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครกู้ชีพในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ตุลาคม 2556.
11. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพ: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลวังแสงจังหวัดมหาสารคาม. การประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2-4 มิถุนายน 2553.

12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **พลังท้องถิ่นไทยกับการแพทย์ฉุกเฉิน**. กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด. 2557.
13. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**. 2553.
14. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2551.
15. อนุชา เศรษฐเสถียร. **ทิศทางการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559**. 2556.
15. บัวแก้ว โมชรรัตน์. **การพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลเจ้าท่าอังกะมลาไสยจังหวัดกาฬสินธุ์**. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพปีที่ 8 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ตุลาคม 2558.

การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

Perceptions of Diabetes Complications and Behaviors Management in Monks at Selaphum District, Roi Et. Province

อภิวัฒน์ ปัจมนต์¹, สมเสาวนุช ชมูศรี², เกื้อพันธ์ กลั่นการดี³

Apiwat Patjamon¹, Somsaowanuch Chamusri², Kuephan Klankaradi³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือพระภิกษุสงฆ์ ที่เป็นโรคเบาหวานและเคยเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยอาศัยในวัด เขตอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และยินดีเข้าร่วมศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาดังแต่ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลวิจัย: 1) จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้บอกถึงการรับรู้โรคเบาหวานมีอยู่ 3 ประเด็น (1) โรครักษาไม่หาย ซึ่งประกอบด้วย โรคบ่งชี้จักหา หามอ กินยาตลอด และโรคทรมาน (2) มันเกี่ยวแก น้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย น้ำตาลหลายในเลือด และสิ่งท่อน้ำตาลลด และ (3) เป็นนำแนว ประกอบด้วย พ่อ แม่พาเป็น และ มันกะชุ่มแซง เบาหวาน 2) การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน มี 3 ประเด็น (1) มีผลต่อกิจวัตรของพระสงฆ์ ประกอบด้วย บิณฑบาตรลำบาก ทำวัตร นั่งนาน มีนชาเท้า และดินอาหารมือแดง (2) มีผลต่อภาพลักษณ์สมณเพศ ประกอบด้วย หน้าตาชูปมอ น้ำหนักลด และปัสสาวะบ่อยรบกวนกิจสงฆ์ และ(3) บ่แน่ใจ มันคือหยิ่ง ประกอบด้วย ตามัว มีนดิน บ่ถ่าย ถ่ายยาก และเบาหวาน โดนดี 3) พฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน มี 3 ประเด็น 1) ปรับตัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย นั่งพัก ลดกิจกรรม ควบคุมอาหาร ดื่มน้ำร้อนดื่มน้ำร้อนบ้างกำลัง และออกกำลังภายในการะกิจสงฆ์ 2) ทางเลือกบ่าบัด ประกอบด้วย บิณฑบาต ประคบ ลดมีนชา สมุนไพรร ลดเบาหวาน และ สวดมนต์บ่าบัด และ3) เตรียมพร้อมลดความเสี่ยง ประกอบด้วย จัดหาของหวาน และจัดเตรียมอาหาร คำสำคัญ : การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน, พฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อน, พระภิกษุสงฆ์, โรคเบาหวาน

Abstract

This research aims to describe the perceptions of diabetes complications and behaviors management in monks at Selaphum District, Roi Et. Province. A qualitative method was applied in the study. The participants were selected the monks who have diabetes mellitus and had complications in Selaphum District, Roi ed Province. The data were collected from February 2016 to July 2017. In-depth Interview and participant observation were used for data collecting. Content analysis was employed for data analysis.

Result: 1) In this study, the perceptions of the monks who have diabetes mellitus were able to identify into three aspects: the perceptions of Diabetes Mellitus; (1) Disease cannot cure consists of Long-lasting illness, Visiting doctor and taking medication for ever, and Torture illness (2) Related blood sugar consists of Increasing sugar in blood and Decreasing sugar in blood, and (3) Related to heredity consists of Following the parents and Following the relatives. 2) The perceptions of complications of Diabetes Mellitus: (1) The effect to the monk's obligations comprises; doing food offering difficulty, suffering with legs numbness when doing evening –morning chant, and having dinner, (2) The effect to the priest's image consists of; look emaciated weight loss, and High frequency of urination effect to the monk's obligations, (3) unclear for complications of Diabetes Mellitus comprises; Blurred vision and feet numbness, To defecate difficulty and having Diabetes Mellitus for long time. 3) The behavioral management of the complications of Diabetes Mellitus: 1) To adapt themselves for living

¹ นิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2 รองศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลชุมชนคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

3 อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

with Diabetes Mellitus consists of; To stop activity and sitting when uncomfortable, To control diet, To drink energy beverage, and To do the monk's obligations as doing exercise, 2) To do alternative therapy comprises; To do massage and compress for reducing numbness, To have herb for reducing Diabetes Mellitus, and To do praying therapy, and 3) To prepare food for decreasing the risk consists of; To prepare dessert, and to prepare foodstuff.

Keywords: perceived complications, behavioral management complications, monk, diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานก็เป็นโรคเรื้อรังอีกโรคหนึ่งที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตคิด 1 ใน 5 โรคที่เสียชีวิตมากที่สุด จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2559 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 371 ล้านคน และประมาณ 280 ล้านคน เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและคาดการณ์ว่าอีก 15 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงประมาณ 280 ล้านคน เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เมื่อนับรวมกับผู้ที่เบาหวานอยู่เดิมจะมากถึง 500 ล้านคน⁽¹⁾

จากการตรวจสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ใน 2554 จำนวน 98,561 รูป พบว่า พระภิกษุสงฆ์ร้อยละ 5 หรือ 5,381 รูป อยู่ในภาวะอ้วน ร้อยละ 55 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน พระภิกษุสงฆ์ บางรูปป่วยมากกว่า 1 โรค จากข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของพระภิกษุสงฆ์ ที่มารักษาตัวที่โรงพยาบาลสงฆ์ปี 2556 พบว่า มีพระภิกษุสงฆ์ มารับการตรวจรักษา 71,037 ราย ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5,090 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.17 ⁽²⁾ จากการที่พระภิกษุสงฆ์ป่วย และเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมากด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะเข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานนั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ เพราะไม่สามารถเลือกกินอาหารเองได้ ต้องกินอาหารตามที่ฆราวาสตักบาตร พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ค่อยให้ความสนใจเรื่องอาหารญาติโยมถวายอะไรมา ก็กิน⁽³⁾ ทำให้พระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมกรณินอาหารที่ไม่เหมาะสม⁽⁴⁾ ซึ่งมีทั้งธรรมเนียมที่ต้องปฏิบัติของพระภิกษุสงฆ์ไม่ว่าจะเป็นการบิณฑบาตตอนเช้าพระภิกษุสงฆ์ ห้ามสวมรองเท้าต้องเดินเท้าเปล่าเพื่อโปรดสัตว์ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

พระภิกษุสงฆ์เสี่ยงเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำตอนกลางคืนมากกว่าคนปกติเพราะพระภิกษุสงฆ์ มีข้อห้ามกินอาหารในตอนกลางคืนและต้องตื่นนอนมาทำวัตรเช้าตั้งแต่เช้า นั่งทำวัตรนานๆ ห้ามกินอาหารเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมักเกิดตอนกลางคืน⁽³⁾ อีกทั้งจากการศึกษาพบว่า ⁽⁵⁾ ที่พบว่าพระสงฆ์ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวกับโรค ทำให้ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง

จากสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเสลภูมิปี พ.ศ.2560 มีจำนวน 6,248 ราย ในจำนวนนี้มีพระภิกษุสงฆ์ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 25 รูป คิดเป็น อัตราป่วย 400.13 ต่อแสนประชากร จากสถิติการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสลภูมิพบว่าในปีงบประมาณ 2559-2560 มีพระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเป็นจำนวน 19 รูป คิดเป็นอัตราป่วย 304.10 ต่อแสนประชากร เมื่อเทียบจากจำนวนพระภิกษุสงฆ์ป่วยเป็นโรคเบาหวานทั้งหมดของโรงพยาบาลเสลภูมิ พบพระภิกษุสงฆ์มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 76 โดยแยกเป็นภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น คือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ 4 รูป คิดเป็นอัตราป่วย 64.02 ต่อแสนประชากร และระดับน้ำตาลในเลือดสูง 15 รูป คิดเป็นอัตราป่วย 240.07 ต่อแสนประชากร และพบภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ทางตา 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 48.15 ต่อแสนประชากร หัวใจ 1 รูป คิดเป็นอัตราป่วย 16.0 ต่อแสนประชากร ไต 4 รูป คิดเป็นอัตราป่วย 64.02 ต่อแสนประชากร เท้า 10 รูป คิดเป็นอัตราป่วย 160.05 ต่อแสนประชากร ⁽⁶⁾

จากจำนวนพระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมดของโรงพยาบาลเสลภูมิ พบเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเป็นจำนวนมากเมื่อเทียบจากจำนวน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

พระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด ดังนั้นการควบคุมโรคเบาหวานไม่ให้รุนแรงมากขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดีจะแสดงออกทางพฤติกรรมที่ดีในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์⁽⁷⁾ นักวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อป้องกันไม่ให้พระภิกษุสงฆ์เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากขึ้น ทำให้ต้องทราบการรับรู้ของพระภิกษุสงฆ์ว่ารับรู้อย่างไรต่อโรคเบาหวานเพื่อที่จะได้ส่งเสริมพฤติกรรมของพระภิกษุสงฆ์ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกพื้นที่แบบเจาะจง โดยทำในพื้นที่ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากร

พระภิกษุสงฆ์ ที่เป็นโรคเบาหวานเคยเกิดภาวะแทรกซ้อน และขึ้นทะเบียนรับการรักษาพร้อมกับอาศัยที่วัดในเขตพื้นที่อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาทำวิจัย ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 – กรกฎาคม พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. ผู้วิจัย คือเครื่องมือหลักในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัวผู้วิจัยดังนี้ 1) การเตรียมทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ผ่านการเรียนวิจัยเชิงคุณภาพ พร้อมทั้งมีการฝึกการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ ถอดเทปวิเคราะห์ข้อมูล และในขณะการเก็บข้อมูลจริงก็จะทำการเก็บข้อมูลภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษา 2) การเตรียมความรู้ด้านวิชาการ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนแนวคิด การรับรู้และพฤติกรรมจัดการ เพื่อเกิด ความไวเชิงทฤษฎี ในการจับประเด็นต่างๆ เพื่อความสมบูรณ์และความต่อเนื่องของข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

2.2 แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบไปด้วยคำถามกว้างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของวิจัย สามารถยืดหยุ่น และปรับเปลี่ยนตามบริบท ในแต่ละสถานการณ์

2.3 แบบบันทึกภาคสนาม มีลักษณะเป็นแบบบันทึกปลายเปิด

2.4 แบบบันทึกการสังเกต มีลักษณะกำหนดหัวข้อการสังเกต เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลในภายหลัง

3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง และ กล้องถ่ายรูป สมุดจดและปากกา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการค้นคว้าหนังสือ บทความ วารสาร เอกสาร วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย ตั้งคำถามในการสัมภาษณ์ และเป้าหมายในการสังเกตได้อย่างชัดเจน

2. การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ การลงพื้นที่หลังจากที่ผู้วิจัยได้เตรียมตัวด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In Depth Interview) ใช้แบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi – Structure Interview) ประกอบกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และทำการจดบันทึกภาคสนาม โดยทำการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ (Tape – Recorded Interview) ขณะสัมภาษณ์ผสมผสานทักษะการสัมภาษณ์ และยุติการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลขอหยุดการให้ข้อมูล หรือได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ดีแล้ว ถอดข้อความเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ตรวจสอบความชัดเจน ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และทำการเก็บข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of Data) โดยพิจารณาจากการที่ไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้อีก

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

(Trustworthiness of the Qualitative Research)

1. การใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือ (Credibility) 1) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด 2) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล 3) การตรวจสอบความตรงของข้อมูล ผู้วิจัย

ตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ดังนี้ การเก็บข้อมูลด้วยวิธีต่างกัน (Methods Triangulation) การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน (Data Triangulation). การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อมาระยะเวลาห่างกัน (Time Triangulation) 4) การยืนยันข้อมูล (member Checking)

2. ความสามารถในการตรวจสอบได้ (Auditability) ทุกขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการวิจัยมีความคงที่ (Consistency) ซึ่งผู้วิจัยเขียนบันทึกข้อมูลการศึกษา (Field note) และจัดเอกสาร ไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละวัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ดังนี้ ถอดความข้อมูลจากเครื่องบันทึกเทป อ่านทำความเข้าใจข้อมูล เพื่อให้เห็นภาพรวม นำข้อมูลที่ได้นำมาให้รหัสเบื้องต้น หลังจากนั้นจัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ตามประเภทหรือลักษณะที่มีความหมายและความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน นำข้อมูลที่จัดไว้เป็นหมวดหมู่ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเพื่อความเที่ยงตรงของเนื้อหาอีกครั้ง วิเคราะห์ข้อมูล สรุปตามความเป็นจริงที่ปรากฏ และให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2559 ตามเอกสาร ที่ ศช 0530.11/ 218 และในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเคารพสิทธิ และคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) การให้ความยินยอม โดยต้องอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอผลลัพธ์ และการรักษาข้อมูลเป็นความลับ และเปิดโอกาสในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ และได้ลงนามในหนังสือยินยอมทุกคน 2) ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ไม่มีผลต่อการรักษาโรคเบาหวานแต่อย่างใด 3) การเคารพสิทธิส่วนบุคคล ทั้งในกรณีนัดหมาย การกำหนดระยะเวลา การขออนุญาตฉบับที่ การ

บันทึกเทป การยุติการสัมภาษณ์ ส่วนขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 4) การเก็บรักษาเป็นความลับ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พระภิกษุสงฆ์ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีอายุตั้งแต่ 37- 76 ปี อายุเฉลี่ย 58.85 ปี การศึกษาทางโลกส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 71.42 ทางธรรมส่วนใหญ่จบนักธรรมตรี ร้อยละ 71.42 จำนวนพรรษา ตั้งแต่ 1-35 พรรษา พรรษาเฉลี่ย 15 พรรษา พระภิกษุสงฆ์ที่ศึกษาครั้งนี้ มีภาวะสุขภาพตามนี้ น้ำหนักปัจจุบัน อยู่ในช่วง 52-68 กิโลกรัม เฉลี่ย 59 กิโลกรัม ผลระดับน้ำตาลในกระแสเลือดครั้งสุดท้ายอยู่ในช่วง 91- 235 มก/ดล. เฉลี่ย 163.71มก/ดล. พระภิกษุสงฆ์ส่วนมาก ร้อยละ 57.14 ป่วยเป็นโรคเบาหวานก่อนที่จะมาจำพรรษา โดยส่วนมากพระภิกษุสงฆ์ป่วยโรคเบาหวานก่อนที่จะมาบวช โดยพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมดได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา กิน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ส่วนระยะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อยู่ในช่วง 1-37 ปี เฉลี่ย 16.28 ปี ประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พระภิกษุสงฆ์ทั้งหมดเคยเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะสั้น คือ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 100 ส่วนประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานระยะยาว ส่วนใหญ่มีปัญหาหลอดเลือดส่วนปลาย (เท้าชา มือชา) ร้อยละ 85.71 พระภิกษุสงฆ์ทั้งหมด ร้อยละ 100 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.42 มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย

1. การรับรู้และพฤติกรรมกรรมการจัดการของพระภิกษุสงฆ์ต่อโรคเบาหวาน

1 การรับรู้โรคเบาหวาน จากการศึกษาการรับรู้ และ พฤติกรรม การ จัด การ ของ พระภิกษุ สงฆ์ ต่อโรคเบาหวาน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าพระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้โรคเบาหวาน จากแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) โรครักษาไม่หาย 2) เป็นน้ำแฉะ และ 3) มันเกี่ยวแก่น้ำตาลในเลือด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

1.1 โครรักษาไม่หาย พระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรคที่เป็นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการรักษาตามนัด และกินยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความทรมานตามมา

“โรคบ่ สุขักเซา มีแต่เป็นเรื่อย ๆ” M4-1-29/06/59

“ต้องกินยาตามหมอบอกไปตลอดกะเลย มาบวชนี่หละ” M7-1-11/06/60

“มันเป็นโรคที่ทรมานเค็ดหมอ คนอื่นกินกะกินบ่ ได้ เงินเฮากะมีอยู่แต่ซื้อกินบ่ ได้” M5-1-13/03/60

1.2 เป็นนำแนว ในมุมมองของพระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ โดยคนที่ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่จะมีญาติสายตรง เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคเบาหวานมาก่อนอยู่แล้ว และพระภิกษุสงฆ์เองก็รับรู้ว่าเป็นโรคเหมือนกัน

“พอดีโยมพ่อ โยมแม่ เพินกะเป็นทั้ง 2 คน กะเลยคิดว่ามันสิเป็นนำแนวนั้นหละ” M5-1-13/03/60

“มันกะชุมแซง พระอาจารย์เป็นนั่นหละเบาหวานมันกะเลยเป็นง่ายดี” M2-1-05/06/59

1.3 มันเกี่ยวแก่น้ำตาลในเลือด พระภิกษุสงฆ์รับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานคือโรคที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด โดยที่บางครั้งจะมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง บางครั้ง ก็พบน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ซึ่งอาการเหล่านี้ จะเกิดในพระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

“มันเป็นโรคน้ำตาลมันหลายในเลือด มันเกิดจากเกี่ยวเกการอยู่การกินของเฮา” M2-1-05/06/59

“โรคเบาหวานนิ มันเกี่ยวแก่น้ำตาลบางเทอมันกะลง ต้องระวังสังเกตเจ้าของ” M5-2-06/09/60

2. การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน พระภิกษุสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานรับรู้ว่าการเกิดจากภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน มีผลต่อการต่อการการประกอบกิจวัตรของพระภิกษุสงฆ์ ภาพลักษณ์ และบางรูปยังไม่แน่ใจว่าจะอะไรคือภาวะแทรกซ้อน โดยวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้เป็น 3 ส่วนดังนี้ 1) มีผลต่อกิจวัตรของพระภิกษุสงฆ์ 2) มีผลต่อภาพลักษณ์สมณเพศ และ 3) บ่แน่ใจมันคือหยัง

2.1 มีผลต่อกิจวัตรของพระภิกษุสงฆ์ จากประสบการณ์ของพระภิกษุสงฆ์รับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานแล้ว จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะแทรกซ้อนนั้นจะทำให้ การใช้ชีวิตของพระภิกษุสงฆ์เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นซึ่งการบิณฑบาตลำบาก หรือการที่ต้องฉันทอาหารมือเย็น และการที่ต้องนั่งนานๆมีขาเท้า ดังต่อไปนี้

“อ ช่วงนี้ บ่ได้บิณฑบาตขาบมีแสง” M2-1-05/06/59

“ยามมือแลงกะฉันทอาหารที่น้องสาวเฮ็ดมาถวยนี้หละขั่นบ่อฉันทกะหิว กะเมื่อย” M1-2-08/05/59

“ตั้งแต่เป็นเบาหวานมานี้หละทำวัดตอนเช้ามีนขาขานาค” M6-1-10/06/60

2.2 มีผลต่อภาพลักษณ์สมณเพศ การที่พระภิกษุสงฆ์ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะทำให้รูปร่างภายนอกเปลี่ยนแปลง มีรูปร่างผอมลงหน้าตาเหี่ยวแห้งความตึงตัวของผิวหนังลดลง บางครั้งก็มีปัสสาวะบ่อยมีผลทำให้รบกวนการทำกิจวัตรของพระสงฆ์

“เฮต้องสังเกตเจ้าของด้วย อาการมันเป็นจั่งใดคูน้าหนักด้วยว่ามันขึ้นมันลงคนอื่นเบ็งมันกะสิดูบ่ดี” M6-2-05/09/60

“มีแต่ยามนั่งตอนเช้าช่วงฉันทอาหารปวดเขี้ยวลูกคู่ม่อออกเพินเบ็งนั่นหละกะอยากอายอยู่” M1-1-28/05/59

2.3 บ่แน่ใจ มันคือหยัง พระภิกษุสงฆ์ ยังไม่รู้แน่ชัดว่าจะอะไรคือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จึงทำให้พระภิกษุสงฆ์ ยังปฏิบัติตัวเหมือนเดิม ไม่มีพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าต้องป้องกันภาวะแทรกซ้อนนั้น ทำให้อาการของภาวะแทรกซ้อนนั้นยังเกิดเหมือนเดิม

“มันกะมีอาการตามันมันนั่นหละ แต่ก่อนนี้กะบ่เป็นสงสัยมันสิเกิดจากรถชน กะปฏิบัติคือแก่นั่นหละ” M6-1-10/06/60

“มันกะมีบ่อถ่านี่หละ เกือบเดือนสองเดือน มันเอาไปไว้ไสอันเค็ด บ่อถ่านออกมา มันอืดลำบาก” M7-2-05/09/60

“แนวอยู่แนวกินกะนั่นคือแก่นั่นหละ น้ำตาลมันขึ้นมันดินมันกะเป็นนำเฮาเป็นเบาหวานมาโดนดี” M1-2-20/04/60

3. พฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน พระภิกษุสงฆ์มีพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยพระภิกษุสงฆ์ปฏิบัติเพื่อไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย ตามรูปแบบของพระภิกษุสงฆ์ ได้มีพฤติกรรมการจัดการออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปรับตัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน 2) ทางเลือกบำบัด และ 3) เตรียมพร้อมลดความเสี่ยง

3.1 ปรับตัวต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคเบาหวานเป็นโรคที่เมื่อป่วยเป็นโรคแล้ว ต้องอาศัยการปฏิบัติที่ไม่ขัดต่อโรค ไม่ว่าจะเป็นการลดกิจกรรม การควบคุมอาหาร บางครั้งมีการดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง มีการออกกำลังกายร่วมด้วย

“ช่วงนี้กะเซาบิณฑบาต ตั้งแต่มีนชาติินมานี้หละสิเข้า 2 อาทิตย์แล้ว” M4-1-29/06/59

“ควบคุมอาหารบ่อแมนลันหน่อยๆได้ แต่ต้องกินอาหารประเภทผัก ฉันทัวข้าวกับข้าวเหนียวสลักกัน ฉันทัวข้าวเหนียวแล้วน้ำตาลสูงคาบต่อมากะฉันทัวข้าวขาว เพราะข้าวเหนียวน้ำตาลมันลยอยู่แล้ว” M6-2-05/09/60

“กะมีฉันทัว M-150 ช่วงบ้ายันหละฉันทัวทุกมื่อแล้วมันกะบ่เหมือย” M1-1-28/05/59

“คือตอนเช้านี้ไปบิณฑบาตมันกะเหมือยแล้ว เป็นการออกกำลังกายคือกัน ตอนออกไปมันบ่อเหมือยดอก ไสบาตรแล้วแมนบ่อมันสิหนักขึ้นเรื่อยๆ เกือบๆ 10 โลเดหิ้วบาตร เป็นการออกกำลังกายคือกันร่างกายแข็งแรง”

M6-2-05/09/60

3.2 ทางเลือกบำบัด พระภิกษุสงฆ์ ที่เป็นโรคเบาหวานมีการแสวงวิธีการดูแลรักษาเพื่อป้องกัน ที่จะทำให้ ภาวะแทรกซ้อนของตนเองที่เกิดขึ้นได้ และหาวิธีการทำให้สามารถอยู่กับโรคเบาหวานได้ ไม่เกิดอันตรายจากโรคเบาหวาน

“กะตอนเช้านอน ได้เอายาเขี้ยวขวดเอา มาบิบบ...”

M7-1-11/06/60

“กะมื่ออยู่ด้อมสมุนไพรมันหละกะยามเข้าปริวาสกรรม เขามาขายกะซื้อเอาหลังกินมันกะดี เด้หละ”

M5-2-05/09/60

“ไปลอดอุโบสถมาพอดี ไปสวดร่วมกัน 3 ตำบล เข้าในบริเวณพิธีสวดปาฏิโมกข์ร่วมกันเป็นกิจกรรมของสงฆ์

พระประมาณ 80 รูป ต้องไปร่วมทุกองค์เว้นแต่ป่วยมันสิเฮ็ดให้จิตใจสงบ ควบคุมเบาหวานได้ดี” M6 -2 - 05/09/60

3.3 เตรียมพร้อมลดความเสี่ยง พระภิกษุสงฆ์ จะมีประสบการณ์ เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จากประสบการณ์ตรงของตนเองที่เกิดภาวะแทรกซ้อนนำมาปฏิบัติเพื่อเกิดประโยชน์ในการดูแลตนเองป้องกันมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

“ให้สังเกตเจ้าของถ้ามันเหมือยหึ่งออกตามโตจิงสิกะให้กินน้ำหวาน” M5-1-13/03/60

“อาดมากะสิมีใจ็องติดไว้ตลอดอยู่แล้ว กะกดน้ำส่อนผสมแล้วกะฉันทัวโลด บางแรงกะมีด้อมข้าวด้อมฉันทัว” M6-1-10/06/60

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็นคือ 1) การรับรู้โรคเบาหวาน 2) การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน และ 3) พฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน

1. การรับรู้โรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า พระภิกษุสงฆ์ มีการรับรู้โรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โรคเบาหวานว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และพระภิกษุสงฆ์รับรู้สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานของท่านมาจาก การที่ท่านมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็น บิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งจะเป็นตามกรรมพันธุ์ โดยโรคเบาหวานนี้ก็คือโรคที่มีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ซึ่งโรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน เกิดได้จากกรรมพันธุ์ โดยการรักษาโรคเบาหวาน ต้องควบคุมโรคไปตลอดชีวิตและอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเองตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ การรักษาได้แก่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาด้วยยาเม็ดลดระดับน้ำตาลและหรืออินซูลิน การได้รับสุขศึกษา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ในการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนในการควบคุมโรคเบาหวานได้ถูกต้อง

2. การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพระภิกษุสงฆ์ มีการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานหลายอย่างตามแต่ประสบการณ์ของพระภิกษุสงฆ์ที่ผ่านมา ซึ่งพระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานแล้วจะมีผลต่อการประกอบกิจวัตรของสงฆ์ ที่ต้องปฏิบัติในแต่ละวัน และการที่ท่านมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น จะทำให้ภาพลักษณ์สมณเพศของท่านเปลี่ยนแปลงไป มีผลทำให้ญาติโยมมองพระภิกษุสงฆ์ไม่ค่อยสำรวมในการครองตนของสงฆ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ พระจตุพล พรานบุญ (2556)⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในพระภิกษุสงฆ์ ที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่าการมีความทุกข์นอกจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับมิติทางด้านจิตใจยังเกิดขึ้นทางสังคมของพระสงฆ์ร่วมด้วยพระสงฆ์จะต้องพยายามรักษาสุขภาพของความเป็นสงฆ์ในสายตาของผู้คนในขณะที่ตนเองเองป่วย ดังนั้นความทุกข์ของพระสงฆ์จึงเป็นความทุกข์ที่ซ้อนความทุกข์เข้าไปร่วมกันหลายชั้น คือทุกข์ทั้งทางการเจ็บป่วยด้านร่างกาย อีกทั้งยังต้องทนทุกข์จากการมองหรือให้ความหมายของผู้อื่น (ญาติโยม) ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจึงค่อนข้างที่จะดูเหมือนว่ามีมากกว่าการความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากทางร่างกายอย่างที่แพทย์เข้าใจเพียงด้านเดียว

แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ก็มีพระภิกษุสงฆ์ ที่ยังไม่ชัดเจนในอาการต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เพียงแต่พระภิกษุสงฆ์รับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้น เหล่านี้เกิดจากอาการของโรคเบาหวานที่เป็นนานๆ เท่านั้น ทำให้พระภิกษุสงฆ์ยังมีการปฏิบัติ หรือทำกิจวัตรของสงฆ์เหมือนเดิม หากปล่อยให้อาการเหล่านั้นเป็นเวลานานๆ แล้วไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ก็จะทำให้ภาวะแทรกซ้อนเป็นมากขึ้น และจะส่งผลกระทบต่อพระภิกษุสงฆ์ในระยะยาว

3. พฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าพระภิกษุสงฆ์ มีพฤติกรรมการจัดการภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ได้เป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวต่อโรคเบาหวาน แต่ถึง

อย่างไรก็ตามยังมีพระภิกษุสงฆ์ที่ปรับตัวต่อโรคเบาหวาน ที่ควรปรับปรุง อาจเกิดผลเสียต่อร่างกายตามมา คือ เวลาที่พระภิกษุสงฆ์ รับรู้ว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ พระภิกษุสงฆ์ก็จะรับประทานเครื่องดื่มชูกำลังเสมอ “กะมีฉัน M-150 ช่วงบ่ายนั้นหละฉันทุกมี้อแล้วมันกะบ่มี้อย” (M1-1-28/05/59) และผลการศึกษาวิจัยพบอีกว่า มีพระภิกษุสงฆ์มีการควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดเฉพาะหนึ่งเดือนก่อนที่จะมาตามนัดเท่านั้น มิได้ควบคุมอาหารอย่างสม่ำเสมอมาตลอด อาจส่งผลเสียในระยะยาวได้ นอกจากนี้มีการปรับตัวต่อโรคเบาหวานแล้ว ยังมีการสรรหาการรักษาทางเลือกอื่น เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาล เช่น การหาสมุนไพรลดเบาหวาน และการสวนมนต์ ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรส่งเสริม การถวายอาหารของประชาชนให้เป็นอาหารสุขภาพไม่ขัดต่อโรคเบาหวาน ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานในพระภิกษุสงฆ์

1.2 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรเน้นให้พระภิกษุสงฆ์มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวาน โดยเฉพาะการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง

2 ด้านการวิจัย ผู้วิจัยเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

2.1 ควรศึกษาผลของการสวนมนต์บำบัด ต่อผู้ป่วยเบาหวานภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

2.2 ควรมีการศึกษาการควบคุมระดับน้ำตาลของพระภิกษุสงฆ์ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นระยะมากกว่าการมาเจาะเลือดตามนัดอย่างเดียว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเสาวนุช จมูศรี อาจารย์ ดร.เกื้อพันธ์ กลั่นการดี รองศาสตราจารย์ ดร.พร้อมจิต ห่อนบุญheim รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา กรรมการ

สอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงและขอขอบคุณพระภิกษุสงฆ์

ที่เป็นโรคเบาหวานที่กรุณาเข้าร่วมการวิจัย ขอขอบคุณบิดามารดาและครอบครัวที่สนับสนุน ตลอดจนขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวทย์. (2557). ประเด็นสารธรรมรงค์วันเบาหวานโลกปี ๒๕๕๖ (ปีงบประมาณ ๒๕๕๗). 2557
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). “จำนวนและอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน พ.ศ.2544-2554” Available online:
<http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
3. พิทยา จารุพูนผล. (2548). สุขภาวะพระภิกษุสงฆ์แบบองค์รวมโดยสำรวจจากการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
4. คชาวุฒิ มีมุข. (2551). ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอพะเยาหะคีรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
5. จารุวรรณ ทิลา และคณะ. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์โรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น.
6. ศูนย์ข้อมูลโรคเรื้อรังโรงพยาบาลเสลภูมิ. รายงานประจำปีโรคเรื้อรัง ศูนย์ข้อมูลโรคเรื้อรัง. ร้อยเอ็ด :โรงพยาบาลเสลภูมิ 2560 เอกสารคัดสำเนา
7. พระจตุพล พรานบุญ (2556). ประสบการณ์การป่วยเป็นโรคเบาหวานของพระสงฆ์ไทย: ภายใต้แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นิยม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การประเมินผลโครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกในผู้สูงอายุ อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

Evaluation of the Dental Prosthesis Service Project for the Elderly in Huataphan District, Amnat

Charoen Province

สิริพรรณ พันธุ์พิบูลย์¹

Siriphan Phanphiboon¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกในผู้สูงอายุ อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ พ.ศ. 2554-2556 โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model ของ Stufflebeam กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 47 คน และทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 7 คน ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยในผู้สูงอายุใช้แบบสัมภาษณ์ ทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ร่วมกับผู้วิจัยตรวจสอบเอกสารและผลการดำเนินงานโครงการ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม .951 และ .910 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านบริบทของโครงการเกี่ยวกับความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ และตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90 \pm 0.361$, $\bar{X} = 4.83 \pm 0.532$) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า บุคลากรมีความพร้อมในระดับมาก วัสดุอุปกรณ์มีความพร้อมในระดับปานกลาง งบประมาณมีความพร้อมในระดับมาก ทักษะของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มีความคิดเห็นว่า โครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกเป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ช่วยแก้ปัญหาจากการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุได้จริง ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเดินทางไปรับบริการ แต่มีข้อควรปรับปรุงในเรื่อง ระยะเวลาทำฟันเทียมนานเกินไป การประสานงานข้อมูล และการคืนกลับข้อมูลภายหลังการรักษาให้แก่พื้นที่ 3) ด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดบริการฟันเทียมเชิงรุก ผ่านเกณฑ์ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.79 \pm 0.339$) ส่วนกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89 \pm 1.574$) 4) ด้านผลผลิต พบว่า มีผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันทั้งหมดจำนวน 47 คน มีนวัตกรรมเกิดขึ้น 1 ชิ้น คือ รถทันตกรรมเคลื่อนที่ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ผ่านเกณฑ์ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.94 \pm 0.230$) ความพึงพอใจของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า มีความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจด้านบุคลากรที่ทำโครงการอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจด้านการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับน้อยและความพึงพอใจด้านข้อมูลสะท้อนกลับอยู่ในระดับน้อยที่สุด และ 5) ด้านผลลัพธ์เกี่ยวกับผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 67.02 ของผู้สูงอายุไม่เคยมีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต โดยมีค่าเฉลี่ย OHIP-14 อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.62 \pm 1.024$)

คำสำคัญ: โครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุก, ผู้สูงอายุ

Abstract

The objective of this study was to evaluate the Dental Prosthesis Service Project for elderly in Huataphan District, Amnat Charoen Province during 2011-2013. The Stufflebeam' CIPP Model was used for evaluation. 47 elderlies who receiving dental prosthesis and 7 dental personnels/health officials who participated in project were met the inclusion criteria and included in the study. Data were collected by interviews for elderly, questionnaires and focus group for dental personnel/health officials, and analyzed report of the project by researcher. The reliability (Cronbach's alpha) of the interviews was .951 and .910 for the questionnaires. This study was approved by The Ethics Committee for Human Research of Amnat Charoen Provincial Public Health Office. The statistics used in data analysis included percentage, mean and standard deviation. Content analysis used for qualitative data.

Results showed that 1) context : clarity of objective, concordance of the project with the problems and needs of elders were at highest level and met the evaluation criteria ($\bar{X} = 4.90 \pm 0.361$, $\bar{X} = 4.83 \pm 0.532$). 2) Input : the availability of personnel was at moderate level, the

¹ ท.บ. ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

availability of financial and material were at high level, attitude of dental personnel/health officials from focus group discussion indicated that the project was useful for elderly, solve the problem of tooth loss and reduced the cost of travel but time to get dental prosthesis, data cooperation and returning information back to stakeholders should be improved. 3) process : the service of project, participation of dental personnel/health officials met the evaluation criteria and were at highest level ($\bar{X} = 4.79 \pm 0.339$) and high level ($\bar{X} = 3.89 \pm 1.574$) respectively. 4) output : acrylic denture were provided for 47 elderlies, innovation was a mobile dental van, the satisfaction of elderly was at highest level and met the evaluation criteria ($\bar{X} = 4.94 \pm 0.230$), the satisfaction of dental personnel/health officials to project and personnel were at moderate level, to communication was at low level and to returning information was least level. And 5) outcomes : 67.02% of elderlies were categorized as never have had oral health impact to quality of life and the OHIP-14T was at the low level ($\bar{X} = 1.62 \pm 1.024$).

Key words: Dental Prosthesis Service Project, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันผู้ที่ทำงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีสาเหตุหลักจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.4 ใน พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 10.7 ใน พ.ศ. 2550 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.8 ใน พ.ศ. 2563⁽¹⁾ ทำให้โครงสร้างประชากรประเทศไทยเคลื่อนสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging)” ซึ่งมีผลกระทบต่อทุกคนในวงกว้าง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการให้บริการสาธารณสุข จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555⁽²⁾ พบว่า ปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วน ร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุ

อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีการสำรวจสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันแท้ที่ใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 39.45 มีคู่สบฟันหลังเป็นฟันแท้กับฟันแท้ 4 คู่ขึ้นไปร้อยละ 36.68 มีคู่สบฟันหลังเป็นฟันแท้กับฟันเทียมหรือฟันเทียมกับฟันเทียม 4 คู่ขึ้นไปเพียงร้อยละ 5.19⁽³⁾ นอกจากนี้ข้อมูลการรับบริการทันตกรรมจากฐานข้อมูล Hos XP โรงพยาบาลห้วยตะพาน พ.ศ. 2554 (6 เดือน) พบว่า มีผู้สูงอายุมาใช้บริการทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 16.06 โดยรับบริการถอนฟันร้อยละ 54.76 อุดฟันร้อยละ 8.47 ขูดหินน้ำลายร้อยละ 0.79 และใส่ฟันเทียมร้อยละ 24.87⁽⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาล

คิดเป็นอัตราส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่นๆ การให้บริการสุขภาพช่องปากเชิงรุกจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ ดังนั้นฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลห้วยตะพาน จึงได้เริ่มดำเนินการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกโดยใช้หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ภายใต้ชื่อ “โครงการฟันเทียมถึงบ้าน” ซึ่งเป็นรูปแบบใหม่ของการให้บริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่ โดยเน้นการให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้บางส่วนและฟันเทียมทั้งปาก และการให้บริการทันตกรรมพื้นฐานเพื่อเตรียมช่องปากก่อนทำฟันเทียม ได้แก่ การตรวจคัดกรอง อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2554-2556 ครอบคลุมพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ได้แก่ คำพระ ขุมเหล็ก โพนเมืองน้อย หนองขอ และโนนหนามแท่ง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการจัดบริการฟันเทียมเชิงรุกหลังดำเนินการครบ 3 ปี เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้บริการฟันเทียมเชิงรุกในระยะต่อไปให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของการจัดบริการฟันเทียมเชิงรุกในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและขั้น ตอนการดำเนินงาน ผลผลิต และผลลัพธ์ของโครงการ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model ของ Stufflebeam⁽⁵⁾ มาเป็นแนวทางในการประเมิน 5 ด้าน คือ 1) ด้านบริบทของโครงการ ได้แก่ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ และตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผู้สูงอายุ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และทัศนคติของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข 3) ด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ การจัดบริการฟันเทียมเชิงรุก และการมีส่วนร่วมของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ด้านผลผลิต ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียม นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากโครงการ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข 5) ด้านผลลัพธ์ของโครงการ ได้แก่ ผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียมในโครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกจำนวน 47 คน และทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บริการฟันเทียมเชิงรุก พ.ศ. 2554-2556 จำนวน 7 คน ซึ่งมาจากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. ผู้สูงอายุ ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลด้านบริบทของโครงการเกี่ยวกับความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ ตรงตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดบริการฟันเทียมเชิงรุก ด้านผลผลิตเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และด้านผลลัพธ์โดยดูผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตใช้ดัชนี OHIP-14 ฉบับภาษาไทย⁽⁶⁾

2. ทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับทัศนคติของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และด้านผลผลิตเกี่ยวกับความพึงพอใจของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. การตรวจสอบเอกสารและผลการดำเนินงานโครงการเพื่อเก็บข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า เกี่ยวกับบุคลากร

วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ และด้านผลผลิตเกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียมและนวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากโครงการ

ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และตัดสินใจประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 3.51 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์⁽⁷⁾ การสนทนากลุ่มและตรวจสอบเอกสารใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.70) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.10) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 53.20) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.60) รองลงมาไม่มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 14.90) เทียบบางส่วนน้อยกว่า 16 ซี (ร้อยละ 38.30) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใส่ฟันเทียมเลย (ร้อยละ 61.70) รองลงมาใส่ตลอดเวลา (ร้อยละ 29.80) โดยผลการประเมินความจำ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความจำปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.70) การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 85.70) ตำแหน่งปัจจุบันเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 57.20) และรายได้ปัจจุบันต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 71.40) ผลการประเมินทั้ง 5 ด้าน มีดังต่อไปนี้

1. ด้านบริบทของโครงการ พบว่า เกี่ยวกับความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ และตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90 \pm 0.361$, $\bar{X} = 4.83 \pm 0.532$)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า จากการตรวจสอบเอกสารและผลการดำเนินงานโครงการ พบว่า บุคลากรมีความพร้อมในระดับมาก วัสดุอุปกรณ์มีความพร้อมในระดับปานกลาง งบประมาณมีความพร้อมในระดับมาก ในส่วนปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับทัศนคติของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่

ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่ม มีความคิดเห็นว่า โครงการให้บริการฟื้นฟูเชิงรุกเป็นโครงการที่ดี เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ช่วยแก้ปัญหาจากการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุได้จริง ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเดินทางไปรับบริการ แต่มีข้อควรปรับปรุงในเรื่องระยะเวลาทำฟันเทียมนานเกินไป การประสานงานข้อมูลและการคืนกลับข้อมูลภายหลังการรักษาให้แก่พื้นที่

3. ด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดบริการฟื้นฟูเชิงรุก ผ่านเกณฑ์ในระดับ

มากที่สุด ($\bar{X} = 4.79 \pm 0.339$) ในส่วนที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89 \pm 1.574$) มีข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ พื้นที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมและประสานงานโครงการให้บริการฟื้นฟูเชิงรุกไว้อย่างชัดเจน มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14 \pm 1.574$)

4. ด้านผลผลิตเกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียม

ตาราง 1 แสดงข้อมูลด้านผลผลิต เกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุที่รับบริการใส่ฟันเทียม

ปี	พื้นที่ให้บริการ	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม (คน)						รวม		นวัตกรรม
		ฟันเทียม < 16 ซี่		ฟันเทียม ≥ 16 ซี่		ฟันเทียมทั้งปาก		จำนวน	ร้อยละ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
2554	รพ.สต.คำพระ	5	29.41	10	58.82	2	11.77	17	29.82	รถทันตกรรมเคลื่อนที่
	รพ.สต.ชุมเหล็ก	0	0	0	0	0	0	0	0	
2555	รพ.สต.โพนเมืองน้อย	8	53.33	6	40	1	6.67	15	26.32	
	รพ.สต.หนองขย	1	11.11	5	55.56	3	33.33	9	15.79	
2556	รพ.สต.โนนหนามแท่ง	5	31.25	10	62.50	1	6.25	16	28.07	
รวม		19	33.33	31	54.39	7	12.28	57	100	

จากตาราง 1 พบว่า มีผู้สูงอายุได้รับบริการใส่ฟันทั้งหมดจำนวน 57 คน โดยใส่ฟันเทียม 16 ซี่ขึ้นไปมากที่สุด 31 คน คิดเป็น จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีนวัตกรรมเกิดขึ้น 1 ชิ้น คือ รถทันตกรรมเคลื่อนที่ ด้านผลผลิตเกี่ยวกับความพึงพอใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจผ่านเกณฑ์ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.94 \pm 0.230$)

ความพึงพอใจของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า มีความพึงพอใจต่อโครงการและด้านบุคลากรที่ทำโครงการอยู่ในระดับปานกลาง ความพึงพอใจด้านการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับน้อย และความพึงพอใจด้านข้อมูลสะท้อนกลับอยู่ในระดับน้อยที่สุด ผลการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนา

กลุ่มด้านผลผลิต เกี่ยวกับความพึงพอใจของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า มีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพราะไม่รู้ข้อมูลทั้งหมดของโครงการ ในระดับพื้นที่ไม่ทราบรายละเอียดของโครงการอยากให้มีการคืนข้อมูลกลับไปยัง รพ.สต. เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจด้านบุคลากรที่ทำโครงการอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความรู้ในขั้นตอนการทำฟันเทียม โดยเฉพาะบางแห่งที่ไม่มีทันตบุคลากร จะขาดความรู้ ความเข้าใจ ควรเพิ่มความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความพึงพอใจด้านการติดต่อสื่อสารอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากมีการคืนข้อมูลกลับ รพ.สต. น้อย เจ้าหน้าที่ไม่สามารถให้ข้อมูลกับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

คนไข้ที่สอบถามเกี่ยวกับฟันปลอมได้ อยากให้คุณหมอให้เบอร์โทรที่สะดวกติดต่อกับคนไข้โดยตรง หากเกิดเหตุการณ์ที่คุณหมอดิการกิจหรือไม่อยู่โรงพยาบาล มีความพึงพอใจด้านข้อมูลสะท้อนกลับอยู่ในระดับน้อยที่สุด เนื่องจากภายหลังดำเนินโครงการแล้วเสร็จไม่มีการสะท้อนข้อมูลกลับมาถึง รพ.สต. ที่เป็นเอกสารหรือเป็นทางการ

5. ด้านผลลัพธ์ พบว่า ร้อยละ 67.02 ของผู้สูงอายุไม่เคยมีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลโครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกในผู้สูงอายุ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ พ.ศ. 2554-2556 โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model ประเมินใน 5 ด้าน พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาผลการประเมินเป็นรายด้าน พบว่า

1. ด้านบริบทของโครงการ เกี่ยวกับความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของโครงการ และการตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.90 \pm 0.361$, $\bar{X} = 4.83 \pm 0.532$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โครงการมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและวัดระดับความสำเร็จได้ สามารถแก้ปัญหาในผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟันโดยการใส่ฟันเทียมทดแทน ตอบสนองปัญหาของผู้สูงอายุ และตรงกับความต้องการที่จำเป็นที่แท้จริงของผู้สูงอายุในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกระบี่ ปี 2554 ของวสินเทียนกิ่งแก้ว⁽⁸⁾ ซึ่งผลการศึกษาในด้านบริบทของโครงการพบว่า โครงการมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 68.7 และผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ

2. ด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับบุคลากรมีความพร้อมในระดับปานกลาง เนื่องจากบางพื้นที่ยังขาดแคลนทันตบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากจังหวัดกาฬสินธุ์ภายใต้กองทุนทันตกรรมเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2553 และ

โดยมีค่าเฉลี่ย OHIP-14 อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.62 \pm 1.024$) ส่วนผู้สูงอายุที่มีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตนั้นกระจายตั้งแต่ระดับเคยบ้างถึงบ่อยมาก ($\bar{X} = 1.34 \pm 0.841$ ถึง 1.83 ± 1.129) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าไม่สามารถออกเสียงคำบางคำมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงสุด ($\bar{X} = 1.83 \pm 1.129$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าความเจ็บปวดทางกายภาพมีผล กระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 1.77 \pm 1.111$) ในขณะที่ ความพิการ เป็นด้านที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.38 \pm 0.893$) พ.ศ. 2556 ของวาริ สุดกรยุทธ⁽⁹⁾ ที่พบว่า ยังไม่มีการกระจายของทันตภิบาลครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีสัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากร 1 : 11,406 คน ในด้านวัสดุอุปกรณ์มีความพร้อมในระดับมาก เพราะมีรถทันตกรรมเคลื่อนที่ออกให้บริการ ซึ่งทำให้เกิดความสะดวกทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ด้านงบประมาณมีความพร้อมในระดับมาก เนื่องจากได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และมีการให้งบประมาณลดลงทุกปีเนื่องจากต้นทุนค่าวัสดุอุปกรณ์ลดลงทุกปี ส่วนปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับทัศนคติของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้จากการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่า โครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกเป็นโครงการที่ดี เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ช่วยแก้ปัญหาจากการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุได้จริง ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในการเดินทางไปรับบริการ แต่มีข้อควรปรับปรุงในเรื่อง ระยะเวลาทำฟันเทียมนานเกินไป การประสานงานข้อมูล และการคืนกลับข้อมูลภายหลังการรักษาให้แก่พื้นที่ อยากให้มีการอบรมเพิ่มความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เรื่องขั้นตอนการทำฟันเทียม และอยากให้มีการแบบนี้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วสิน เทียนกิ่งแก้ว⁽⁸⁾ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ พบว่า การดำเนินงานยังขาดการประสานงานที่ดี ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ อยากมีความรู้เพิ่มในเรื่องช่องปาก และอยากให้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านกระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดบริการฟันเทียมเชิงรุก โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผ่านเกณฑ์การประเมิน ($\bar{X} = 4.79 \pm 0.339$) ข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญห สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในโครงการ ให้บริการฟันเทียมเชิงรุก ($\bar{X} = 4.91 \pm 0.282$) ส่วนข้อที่มี คะแนนน้อยที่สุด คือ โครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกมี เวลาในการให้บริการที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.33 \pm 0.380$) ซึ่งจาก การสนทนากลุ่มทัศนบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ ได้ข้อมูลว่าเนื่องจากขั้นตอนในการทำก่อนข้างนานหลาย ขั้นตอน ระยะเวลาทำฟันเทียมนานเกินไป ระยะเวลารอ คอยนานกว่าจะได้ทำฟันเทียม ควรกระชับเวลาให้เร็วขึ้น กว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การประเมินความพึง พอใจและผลกระทบของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ของชัย รัตน์ ทับทอง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุไม่พอใจความ สะดวก รวดเร็วของขั้นตอนการเตรียมช่องปากและขั้นตอนการ แก้ไขฟันเทียม ร้อยละ 5.4 ส่วนกระบวนการและขั้นตอน การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของทัศนบุคลากร/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมาก ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ($\bar{X} = 3.89 \pm 1.574$) มีข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คือ พื้นที่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรมและ ประสานงานโครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกไว้อย่าง ชัดเจน มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14 \pm 1.574$) ซึ่งจากการสนทนากลุ่มทำให้ได้ข้อมูลว่า เนื่องมาจากทัศนบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้รับการ ประสานงานจากทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอย่างชัดเจน รวมถึงการประสานข้อมูลในการส่งต่อ การคืนกลับข้อมูล การรับบริการไปยังพื้นที่เพื่อการติดตามผู้สูงอายุยังมีน้อย และไม่เป็นระบบที่เป็นทางการเท่าที่ควร สอดคล้องกับ การศึกษาของ วสิน เทียนกิ่งแก้ว ซึ่งพบว่าทัศนบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในโครงการ โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.68 \pm 0.62$) และมีการกำหนด ผู้รับผิดชอบในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุร่วมกับชมรมผู้สูงอายุแต่ละครั้งอย่างชัดเจน อยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14 \pm 0.69$)

4. ด้านผลผลิต พบว่า สามารถให้บริการใส่ฟัน เทียมผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 57 คน โดยใส่ฟันเทียม 16 ซี่ ขึ้นไปมากที่สุด 31 คน คิดเป็น จำนวน 19 คน มีนวัตกรรม ที่เกิดขึ้นจากโครงการ ได้แก่ รถทันตกรรมเคลื่อนที่ ซึ่งเป็น

การนำรถตู้เก่าของโรงพยาบาลมาดัดแปลงและปรับปรุง โดยภายในรถมีการออกแบบให้เป็นยูนิตทำฟัน 1 ยูนิต มี การติดตั้งเครื่องกรอฟันเคลื่อนที่ แก้อัสนามพร้อมคอมไฟ ครบชุด เครื่องขูดหินปูนพร้อมเครื่องดูดน้ำลาย และมีวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการให้บริการทันตกรรม มีการ ติดตั้งเครื่องปรับอากาศสามารถให้บริการถอนฟัน อุดฟัน ขูดหิน ปูน และทำฟันเทียมได้เสมือนอยู่ที่คลินิกทันต กรรม ทำให้เกิดความคล่องตัว สะดวกทั้งผู้ให้และผู้มารับ บริการ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโครงการ โดย รวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผ่านเกณฑ์การประเมิน ($\bar{X} = 4.94 \pm 0.230$) โดยมีความพึงพอใจต่อกระบวนการ/ขั้นตอน การให้บริการ และความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือ บุคลากรผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2 ข้อ ($\bar{X} = 4.96 \pm 0.204$) ในขณะที่ความพึงพอใจของทัศนบุคลากร/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า มี ความพึงพอใจต่อโครงการอยู่ในระดับปานกลาง เพราะไม่ รู้ข้อมูลทั้งหมดของโครงการ ในระดับพื้นที่ไม่ทราบ รายละเอียดของโครงการอยากให้มีการคืนข้อมูลกลับไปยัง รพ.สต. โดยเมื่อแยกเป็นด้านต่างๆ พบว่า มีความพึงพอใจ ในด้านบุคลากรที่ทำโครงการอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดความรู้ในขั้นตอนการทำ ฟันเทียม โดยเฉพาะใน รพ.สต. ที่ไม่มีทัศนบุคลากร จะ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ควรมีการเพิ่มความรู้ด้านการทำ ฟันเทียมให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในด้านการติดต่อสื่อสาร อยู่ในระดับน้อย เพราะเมื่อคนไข้มีปัญหาไม่สามารถติดต่อ สอบถามกับหมอที่ใส่ฟันเทียมได้ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ไม่สามารถตอบคำถามคนไข้ได้ จึงอยากให้คุณหมอให้ เบอร์โทรที่สะดวกติดต่อกับคนไข้โดยตรง หากเกิด เหตุการณ์ที่คุณหมอติดภารกิจหรือไม่อยู่โรงพยาบาล ใน ด้านข้อมูลสะท้อนกลับมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ที่สุด เนื่องจากไม่มีการสะท้อนข้อมูลกลับที่เป็นหนังสือ หรือเป็นทางการกลับมาที่ รพ.สต. ภายหลังจากที่โครงการ เสร็จสิ้น

5. ด้านผลลัพธ์ เกี่ยวกับผลกระทบของสุขภาพช่อง ปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 67.02 ของ ผู้สูงอายุไม่เคยมีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพ ชีวิต โดยมีค่าเฉลี่ย OHIP-14 อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} =$

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

1.62±1.024) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ไม่สามารถออกเสียงคำบางคำ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงสุด (\bar{X} = 1.83±1.129) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความเจ็บปวดทางกายภาพ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด (\bar{X} = 1.77±1.111) ในขณะที่ ความพิการ เป็นด้านที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (\bar{X} = 1.38±0.893) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพิน ส่งไพศาล⁽⁶⁾ เรื่องความพึงพอใจและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟัน หลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทาน ที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ที่พบว่า มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 83.6 ที่ไม่เคยมีผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิต และมีค่าเฉลี่ย OHIP-14 อยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 1.40±0.54) โดยข้อที่มีผลกระทบมากที่สุด คือ รู้สึกไม่สบายในการรับประทานอาหาร (\bar{X} = 2.18±1.54) ด้านที่มีผลกระทบมากที่สุดคือ ความเจ็บปวดทางกายภาพ (\bar{X} = 2.02±1.31) ในขณะที่ด้านความพิการเป็นด้านที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยที่สุด (\bar{X} = 1.00) และการศึกษาของ ชัยรัตน์ ทับทอง⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 55.4 ไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ในการใช้ชีวิตประจำวันจากการใส่ฟันเทียม ค่าเฉลี่ย OIDP 4.76 ซึ่งสอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ย OHIP-14 ก่อนและหลังใส่ฟันเทียมทั้งปากนั้นไม่แตกต่างกัน ซึ่งสรุปว่าการใส่ฟันเทียมไม่มีผลกระทบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

จากการประเมินผลโครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกในผู้สูงอายุ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ พ.ศ. 2554-2556 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. โครงการให้บริการฟันเทียมเชิงรุกในผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างแท้จริง แต่ควร

มีการปรับปรุงเพิ่มเติมในด้านต่างๆ เช่น ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรในพื้นที่ที่จะเข้าไปดำเนินงาน โดยเฉพาะใน รพ.สต. ที่ไม่มีทันตบุคลากร ควรมีการอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำฟันเทียมให้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและพร้อมในการดำเนินงานมากขึ้น ควรมีการปรับแผนการออกหน่วยโดยพิจารณาระยะเวลาในการให้บริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับฟันเทียมเร็วขึ้น และทันตแพทย์ควรมีการพัฒนาทักษะการทำฟันเทียม มีระบบการ Consult กับทันตแพทย์เฉพาะทาง ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีลักษณะทางกายวิภาคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการทำฟันเทียม ในส่วนของทันตบุคลากร/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ร่วมดำเนินงาน ควรมีการประชุมชี้แจงพื้นที่เพื่อรับทราบแผนการดำเนินงานร่วมกัน และเป็นการสร้างความร่วมมือและความเข้าใจในการประสานข้อมูลในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ รวมถึงมีการร่วมสรุปผลการดำเนินงานภายหลังดำเนินงาน และมีการสะท้อนข้อมูลกลับที่เป็นหนังสือทางการ หรือเอกสารสรุปผลการดำเนินงานโครงการกลับมาที่ รพ.สต. ที่เป็นพื้นที่ดำเนินการ ภายหลังจากที่โครงการเสร็จสิ้น และควรมีการประเมินผลระหว่างดำเนินโครงการเป็น เพื่อจะได้มีการปรับปรุงแก้ไข เพิ่มเติมในบางส่วนของกิจกรรมโครงการให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การประเมินผลการขับเคลื่อนงานส่งเสริมทันตสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นภาพรวมหรือแยกเป็นกลุ่มอายุ การศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการฟันเทียมของผู้สูงอายุ การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังใส่ฟันเทียม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. ที.เอ.ลีฟวิ่ง กรุงเทพฯ, 2551.
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ, 2556.

3. ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลหัวตะพาน. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 3 กลุ่มอายุ พ.ศ. 2554. เอกสารอัดสำเนา
อำนาจเจริญ, 2554.
4. โรงพยาบาลหัวตะพาน. โปรแกรม Hos XP รายงานสรุปผู้มารับบริการทันตกรรมแยกตามกลุ่มอายุ (ข้อมูล 6 เดือน) พ.ศ. 2554. เอกสารอัด
สำเนา อำนาจเจริญ, 2554.
5. Stufflebeam,D.L. and others. Educational Evaluation and Decision Making. F.E. Peacock Publishers Illinois, 1971.
6. ยุพิน ส่งไพศาล. “ความพึงพอใจและผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟัน หลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากใน
โครงการฟันเทียมพระราชทาน ที่โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี”. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 30(3)
: 31-45, 2550.
7. เดิมศักดิ์ สุขวิบูลย์. ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย. URL <http://www.ms.src.ku.ac.th>.
สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2559.
8. วสิน เทียนกิ่งแก้ว. “การประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกระบี่ ปี 2554”. วิทยาสารทันต
สาธารณสุข. 17(2) : 82-95, 2555.
9. วารี สุดกรยูทธ์. “ประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดกาฬสินธุ์ ภายใต้กองทุนทันตกรรมเปรียบเทียบปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ.
2556”. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 20(2) : 27-37, 2558.
10. ชัยรัตน์ ทับทอง. “การประเมินความพึงพอใจและผลกระทบของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบุญมาก จังหวัด
นครราชสีมา”. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 20(2) : 59-69, 2558.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

The Relationships between Perception of Symptom Severity and Quality of Life

in Patients with Valvular Heart Disease

อภิญญา วงศ์พิริยโยธา¹, สุรชาติ สิทธิปกรณ์², อุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ³

Apinya Wongpiriyayothar¹, Surachat Sittipakorn², Udumlak Sutthicharoen³

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวและแบบประเมินคุณภาพชีวิต มีความเที่ยงเท่ากับ .82 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและแบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบบ่อย 5 อันดับแรกคือ 1) อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง 2) อาการเหนื่อย ล้า/อ่อนแรง/อ่อนกำลัง 3) อาการมึนหัว/เวียน 4) ใจสั่น และ 5) นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = .46$, $SD = .41$) อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคืออาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง รองลงมาเป็นอาการเหนื่อยล้า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 68.17$, $SD = 17.39$) และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.384$) การรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง อาการเหนื่อยล้า อาหารเบื่ออาหาร และอาการใจสั่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรุนแรงของอาการ คุณภาพชีวิต โรคลิ้นหัวใจพิการ หัวใจล้มเหลว

Abstract

This descriptive correlation research aimed to examine relationship between perception of symptom severity and quality of life in patients with valvular heart disease (VHD). Simple random sampling was used to select 70 patients who visited Cardiovascular Clinic, Mahasarakham Hospital into the study. The research instruments were the Perception of Heart Failure Symptom Severity Scale and the SF-36 used to measure quality of life which had a reliability of .82 and .93 respectively. Data were analyzed by using Pearson's product moment and Spearman rank correlation coefficient .

The results of the study showed that the patients perceived that they had top five common heart failure symptoms including 1) shortness of breath with exertion, 2) fatigue, 3) dizziness, 4) palpitation and 5) orthopnea. The overall symptom severity perception score was at a low level ($\bar{X} = .46$, $SD = .41$) and the overall of quality of life score was at a moderate level ($\bar{X} = 68.17$, $SD = 17.39$). There was a statistically significant negative correlation between overall symptom severity perception and quality of life ($r = -.384$, $p < .05$). There were a statistically significant negative correlation between perception of severity of shortness of breath with exertion, fatigue, anorexia, palpitation, and quality of life.

Keywords: Symptom Severity, Quality of Life, Valvular Heart Disease, Heart failure

¹ Ph.D. (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² Ph.D. (Nursing) อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสารคาม

บทนำ

โรคลิ้นหัวใจพิการ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่หายขาด และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระบวนการดำเนินโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งอาจมีความรุนแรงจนเป็นเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี 2015 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.7 ล้านคน โดยมากกว่าร้อยละ 82 อยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง และมีการคาดการณ์ว่า ในปี 2030 จะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้กว่า 7.4 ล้านคน⁽¹⁾ โรคลิ้นหัวใจพิการเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรในประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มโรครูมาติกเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ เพิ่มจาก 25,351 คน เป็น 26,850 คน และพบมากที่สุด ณ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือพบจำนวนเพิ่มจาก 9,603 คน เป็น 10,054 คน⁽²⁾

ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการจะมีพยาธิสภาพที่ลิ้นหัวใจบางรายอาจพบว่ามีลิ้นหัวใจตีบและหรือรั่วทั้ง 4 ลิ้น ได้แก่ ลิ้น ไมตรัล (Mitral valve) ลิ้น ไตรคัสปิด (Tricuspid valve) ลิ้นเอออร์ติก (Aortic valve) และหรือลิ้นพัลโมนิก (Pulmonic valve) ซึ่งหากเป็นระยะแรก ๆ อาจไม่พบอาการ แต่เมื่อหัวใจทำงานหนักขึ้นจากการที่หัวใจบีบเลือดผ่านลิ้นหัวใจที่ตีบหรือรั่ว ผู้ป่วยอาจมีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ทำให้เกิดมีปัญหาลดความดันน้ำ เช่น หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย นอนราบไม่ได้ และมีน้ำคั่งตามร่างกาย⁽³⁾ ในประเทศไทยมีงานวิจัยศึกษาอาการในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา มี 3 เรื่อง โดย จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ์⁽⁴⁾ ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคลิ้นหัวใจพิการ 200 คน พบว่าอาการของโรคลิ้นหัวใจพิการที่พบคือผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเหนื่อยเกิดขึ้นร้อยละ 14.1 อภิญญา วงศ์พิริยโยธาและคณะ⁽⁵⁾ ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการจำนวน 96 คน โดยศึกษาข้อหลังจากประวัติการเจ็บป่วย ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมี

อาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตหลายอาการ ได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรม นอนราบไม่ได้ วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย บวม และใจสั่น นอกจากนี้จากผลการตรวจตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) พบว่าประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction: EF) อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 10.8 และเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 10.4 การศึกษานี้เป็นการศึกษาจากการบันทึกในประวัติการรักษาซึ่งอาจได้อาการเฉพาะอาการที่เด่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล อาจทำให้ได้ข้อมูลของของอาการที่เกิดจากโรคลิ้นหัวใจพิการไม่ครบถ้วน ต่อมาอุคมลักษณ์ สุทธิเจริญและคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ 88 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีอาการของโรคหัวใจล้มเหลวคือ อาการเหนื่อยง่าย ร้อยละ 84.10 รองลงมาเป็นหายใจไม่อึดขณะออกกำลังกาย ร้อยละ 70.5 นอนราบไม่ได้ร้อยละ 36.40 ไอแห้ง ๆ ร้อยละ 33.00 หายใจลำบากตอนกลางคืนจนสะดุ้งตื่นร้อยละ 23.90 และบวมบริเวณเท้าหรือข้อเท้าร้อยละ 20.50 ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง 2 อาการได้แก่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของอาการเหนื่อยง่ายและอาการหายใจไม่อึดขณะออกกำลังกาย นอกนั้นเป็นความรุนแรงในระดับน้อย ในต่างประเทศมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยศึกษาประสบการณ์ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบ ผลการวิจัยพบว่าเมื่อการดำเนินการของโรคมาไ้ระยะหนึ่งผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง⁽⁷⁾

จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย อาการที่สำคัญอยู่ที่ระบบหายใจจากการที่มีปอดบวม น้ำ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย และอ่อนล้า ซึ่งกระทบกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมซึ่งเป็นส่วนประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽⁸⁾ ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการระหว่างปี 2541-2557 มีจำนวน 6 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มในระยะก่อนผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่มีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ และพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยรอผ่าตัดเล็กน้อย⁽⁹⁾

หลังจากนั้นงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งผลการวิจัยพบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁰⁾ ถึง ระดับดี^(11, 12, 13)

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีเพียงการศึกษาของ ณัฐจิตา เพชรประไพ⁽⁹⁾ ที่พบว่าระดับสมรรถนะของหัวใจและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต⁽¹⁴⁾ และ อาการรบกวนทางกาย อาการรบกวนจิตใจ ระดับความรุนแรงของโรค และภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต⁽¹⁵⁾ มีการสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดย นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา⁽¹⁶⁾ สังเคราะห์จากงานวิจัย 34 เรื่อง ผลการวิจัยในภาพรวมพบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการหรืออาการแสดง การเกิดภาวะแทรกซ้อน สมรรถภาพและประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การที่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้เกิดอาการด้านร่างกาย เช่น ปวดบวม น้ำหายใจลำบาก ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการมีอาการแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งอาการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจในระยะก่อนผ่าตัดยังมีน้อยและเป็นการศึกษาที่นานมาแล้ว และมีงานวิจัยสนับสนุนว่าอาการหรือความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่มีรายงานวิจัยในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจเพียง 1 เรื่องของ ณัฐจิตา เพชรประไพ⁽⁹⁾ แต่ไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์โดยตรง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้มีความเข้าใจสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการในปัจจุบัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการหรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ที่มารับการรักษาที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือด

โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีลักษณะของประชากรดังนี้

- 1) เพศชายและหญิง 2) อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุ > 15 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจพิการ และยังไม่ได้รับการผ่าตัดซ่อมแซม/เปลี่ยนลิ้น 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike⁽¹⁷⁾ ดังนี้ $N = 10K + 50$ โดย K เป็นจำนวนตัวแปรที่ใช้ศึกษา 2 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงกับประชากรที่กำหนดได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย บันทึกเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย สัญญาณชีพ ปัญหาของลิ้นหัวใจ ยาที่ได้รับ

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลว สำหรับผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 13 อาการ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 0-5 คะแนน 0 แปลว่าไม่มีอาการ 5 คะแนนหมายถึง มีความรุนแรงของอาการมากที่สุด แบบประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ ผ่านการความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน

การแปลผล แบ่งระดับความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับคือ

0.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการน้อย

1.67 - 3.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการปานกลาง

3.34 - 5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของอาการมาก

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต เป็นแบบประเมิน SF-36 Version 2 ที่พัฒนาโดย Ware (2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย Methakanjanasak¹⁸ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ รวม 36 ข้อ ลักษณะตัวเลือกของแบบสอบถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 8 ด้านดังนี้ 1) ด้านสุขภาพโดยทั่วไป 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย 3) ด้านการมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ 4) ด้านข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากอารมณ์ 5) ด้านความมีชีวิตชีวาและ 6) ด้านสุขภาพจิต 7) ด้านความเจ็บปวดด้านร่างกาย และ 8) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม คะแนนรวมทั้งฉบับและรายได้ออยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน

การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

0 - 33.33 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับต่ำ

33.34 - 66.67 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

66.68 - 100 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับสูง

ผู้วิจัยนำแบบประเมินในข้อ 2 และ 3 ไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ 15 คน ได้ค่าเท่ากับ .82 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการขอพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยจะแนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยตามแบบฟอร์มขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยผู้ป่วย จะได้รับการพิทักษ์สิทธิในเรื่องการประโยชน์ของการทำวิจัย การไม่มีอันตราย การไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวมสถิติที่จะปฏิบัติการเข้าร่วมวิจัย การไม่เสียสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล และขอลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยกับหัวหน้าห้องตรวจคลินิกหัวใจและหลอดเลือด และดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทุกวันศุกร์ เวลา 7.30-12.00 น. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่มาตรวจตามนัด หากพบว่ามีคุณสมบัติกับลักษณะประชากรที่กำหนด ทำการสุ่มลำดับที่โดยใช้ตารางเลขสุ่ม ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยขอความร่วมมือในการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมและลงนามในแบบขอความร่วมมือ

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความรุนแรงของอาการและคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง หากผู้ป่วยรายใดไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แทน ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยรวมกับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการแต่ละอาการกับคุณภาพชีวิตด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการจำนวน 70 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 รองลงมาเป็นเพศชายร้อยละ 41.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-86 ปี อายุเฉลี่ย 56.2 ปี (SD = 12.8) ข้อมูลการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีปัญหาลิ้นพัตโมนิกิตีบและร้วร้อยละ 100 รองลงมาเป็นลิ้นไตรคัสปิดติบร้อยละ 98.6 และร้วร้อยละ 94.3 ลิ้นเออร์คิตติบร้อยละ 91.4 และร้วร้อยละ 88.6 และลิ้นหัวใจไมครัลร้วร้อยละ 88.6 ภาวะแทรกซ้อนที่พบจากโรคลิ้นหัวใจพิการพบว่า มีภาวะ

หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Atrial fibrillation ร้อยละ 14.7 (21 คน) และมีเคยเป็นสโตรก (Stroke) ร้อยละ 7.7 (11 คน) สำหรับการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาขับปัสสาวะร้อยละ 70 รองลงมาเป็นกลุ่ม Digitalis ร้อยละ 51.4 และกลุ่ม Beta blocker ร้อยละ 32.9 และ กลุ่ม Angiotensin converting enzyme ร้อยละ 5.7

2. การรับรู้ความรุนแรงของอาการ

ตาราง 1 การรับรู้ความรุนแรงของอาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70)

ลำดับที่	อาการ	f	%	\bar{X}	SD	ระดับความรุนแรง	ระดับความรุนแรง
1	หายใจลำบากเมื่อออกแรง	38	51.1	1.30	1.30	น้อย	ต่ำ
2	นอนราบไม่ได้	15	21.4	.47	.97	น้อย	ต่ำ
3	หายใจลำบากตอนกลางคืนจนสะดุ้งตื่น	7	10	.24	.82	น้อย	ต่ำ
4	บวมที่ขาและเท้า	4	5.7	.09	.37	น้อย	ต่ำ
5	เหนื่อยล้า	29	41.4	1.09	1.35	น้อย	ต่ำ
6	ไอแห้ง ๆ	14	20	.39	.82	น้อย	ต่ำ
7	เบื่ออาหาร	14	20	.41	.89	น้อย	ต่ำ
8	คลื่นไส้	5	7.1	.14	.55	น้อย	ต่ำ
9	อาการมึนหัว/เวียน	26	37.1	.77	1.11	น้อย	ต่ำ
10	ใจเต้น	18	25.7	.66	1.19	น้อย	ต่ำ
11	เจ็บหน้าอก	11	15.7	.43	1.06	น้อย	ต่ำ
12	ท้องผูก	1	1.4	.04	.36	น้อย	ต่ำ
13	คอแห้ง	1	1.4	.03	.24	น้อย	ต่ำ
	รวม			.46	.41	น้อย	ต่ำ

จากตาราง 1 ผลการวิจัยพบว่าอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ 5 อันดับแรกคือ 1) อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง 2) อาการเหนื่อยล้า 3) อาการมึนหัว/เวียน 4) ใจเต้น และ 5) นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมและทุกรายอาการอยู่ในระดับน้อย อาการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง รองลงมาเป็นอาการเหนื่อยล้า

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ

ตาราง 2 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70)

ตัวแปร	Range		\bar{X}	SD	Level
คุณภาพชีวิตโดยรวม	23.33	100.00	68.17	17.39	สูง
รายด้าน					
1. ด้านสุขภาพโดยทั่วไป	16.67	100.00	53.33	20.65	ปานกลาง
2. การทำหน้าที่ของร่างกาย	10.00	100.00	73.93	23.45	สูง

ตัวแปร	Range		\bar{X}	SD	Level
3. ข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ	.00	100.00	60.98	36.99	ปานกลาง
4. ข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากอารมณ์	.00	100.00	72.62	27.22	สูง
5. ความมีชีวิตชีวาและพลังกำลัง	12.50	100.00	64.46	18.42	ปานกลาง
6. สุขภาพจิต	20.00	100.00	74.92	18.11	สูง
7. ความเจ็บปวดด้านร่างกาย	.00	100.00	73.11	23.65	สูง
8. การทำหน้าที่ทางสังคม	.00	100.00	77.14	32.06	สูง

จากตาราง 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม 68.17 คะแนน (SD = 17.39) เป็นคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำงานที่ของร่างกาย 2) ด้านข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากอารมณ์ 3) ด้านสุขภาพจิต 4) ด้านความเจ็บปวดด้านร่างกาย และ 5) ด้านการทำงานที่ทางสังคม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพโดยทั่วไป 2) ด้านการมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพ และ 3) ด้านความมีชีวิตชีวาและพลังกำลัง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยรวมและรายอาการกับคุณภาพชีวิต

ลำดับที่	ความรุนแรงของอาการ	r / r _s	p-value
1	หายใจลำบากเมื่อออกแรง	-.240 _{rs} *	.003
2	นอนราบไม่ได้	-.104 _{rs}	.20
3	หายใจลำบากตอนกลางคืนจนสะดุ้งตื่น	.030 _{rs}	.403
4	บวมที่ขาและเท้า	.050 _{rs}	.34
5	เหนื่อยล้าอ่อนแรง	-.483 _{rs} *	.001
6	ไอแห้ง ๆ	.103 _{rs}	.20
7	เบื่ออาหาร	-.224 _{rs} *	.004
8	คลื่นไส้	.099 _{rs}	.21
9	อาการมึนหัว/เวียน	-.010 _{rs}	.47
10	ใจสั่น	-.341 _{rs} *	.002
11	เจ็บหน้าอก	-.052 _{rs}	.24
12	ท้องผูก	-.149 _{rs}	.11
13	คอแห้ง	-.149	.11
	การรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยรวม	-.384*	.001

r = Pearson's product moment correlation coefficient r_s = Spearman rank correlation coefficient

* p < 0.05

จากตาราง 3 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (r = -.384) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายอาการพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง อาการเหนื่อยล้า อาหารเบื่ออาหาร และ

อาการใจสั่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. การรับรู้ความรุนแรงของอาการผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการของโรคคลื่นหัวใจที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกคือ 1) อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง 2) อาการเหนื่อยล้า 3)

อาการมีหน้า/วิงเวียน 4) ใจสั่น และ 5) นอนราบไม่ได้ อาการที่เกิดสัมพันธ์กับพยาธิสภาพของโรคเส้นหัวใจพิการที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลิ้นเออ์ติคตีบร้อยละ 91.4 และรั่วร้อยละ 88.6 และลิ้นหัวใจไมตรีรั่วร้อยละ 88.6 ทำให้เกิดอาการของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง อาการเหนื่อยล้า และอาการมีหน้า/วิงเวียน ส่วนอาการใจสั่นเกิดจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบพลิ้วซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว⁽¹⁹⁾ ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมและรายอาการอยู่ในระดับน้อย อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยยาขับปัสสาวะ ยากลุ่ม Digitalis และยากลุ่ม Beta blocker ซึ่งยาขับปัสสาวะจะช่วยลดปริมาณเลือดเข้าสู่หัวใจช่วยลดอาการปอดบวมน้ำทำให้มีอาการหายใจลำบากลดลง ส่วนยา Digitalis และ ยากลุ่ม Beta blocker ช่วยเพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจและลดอัตราการเต้นของหัวใจ⁽²⁰⁾ ทำให้เลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้มากขึ้นทำให้อาการอ่อนล้าลดลง

2. คุณภาพชีวิต ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการโดยรวมและรายอาการทุกอาการอยู่ในระดับน้อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ เข้าสังคมได้ มีสุขภาพจิตดี สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้านมี 3 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทั่วไป การมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากสุขภาพและความมีชีวิตชีวาและพลังกำลัง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งออกแรงมากไม่ได้ ได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรงและ อาการเหนื่อยล้า ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการมากที่สุดสองลำดับแรก งานวิจัยนี้ได้ผลสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐจิตา เพชรประไพ¹⁹ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการอยู่ในระดับดี เช่นกัน แต่แตกต่างกันที่คุณภาพชีวิตรายด้านของงานวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ในขณะที่งานวิจัยของ ณัฐจิตา เพชรประไพ¹⁹ พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านจิต

วิญญาณ ทั้งนี้อาจเกิดจากพัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการกับคุณภาพชีวิตผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง อาการเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร และอาการใจสั่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อธิบายได้อาการทั้ง 4 อาการนี้เป็นอาการแสดงถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดจากโรคเส้นหัวใจพิการ ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจเพื่อนำเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่ายและอ่อนล้า ไม่มีแรงทำกิจกรรม นอกจากนี้การที่หัวใจบีบตัวลดลงจะทำให้มีน้ำคั่งในหัวใจ ปอด และตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายรวมทั้งทางเดินอาหาร การมีน้ำคั่งในปอดทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยง่าย และการมีน้ำคั่งในทางเดินอาหารทำให้ลำไส้บวม น้ำ การดูดซึมลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ทำให้ขาดพลังงาน ซึ่งจะมีผลทำให้มีอาการเหนื่อยง่ายและเหนื่อยล้าตามมามาก ส่วนอาการใจสั่นเกิดจากการที่การที่หัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะหัวใจเหลวและเกิดจากหัวใจเต้นเร็วขึ้นเพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อย⁽²¹⁾ อาการเหล่านี้รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตลดลง มีงานวิจัยสนับสนุนว่าอาการรบกวนทางกาย (อาการเหนื่อย อ่อนล้า ใจสั่น และเบื่ออาหาร) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้มีงานวิจัยพบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว⁽²²⁾ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น และมีงานวิจัยสนับสนุนว่าอาการทางด้านร่างกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจได้⁽²³⁾ และพบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 41⁽²⁴⁾ และอาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า และ

อาการคลื่นไส้ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ลดลง⁽²⁵⁾ และอาการใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะมี สัมพันธ์กับการลดลงของคุณภาพชีวิต²⁶

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจ พิการมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวทุกอาการแต่อยู่ใน ระดับน้อยและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมี คุณภาพชีวิต 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ 1) ด้าน สุขภาพโดยทั่วไป 2) ด้านการมีข้อจำกัดในการทำงาน เนื่องจากสุขภาพ และ 3) ด้านความมีชีวิตชีวาและ พลังกำลัง ดังนั้นทีมสุขภาพควรหาวิธีการป้องกันไม่ให้

ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและป้องกันไม่ให้ อาการรุนแรงขึ้นโดยเฉพาะอาการ 4 อาการ ที่สัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตได้แก่ อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง อาการเหนื่อยล้า อาการมีน้ำ/วิงเวียน และใจสั่น งานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง เพื่อหาวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการมีภาวะ หัวใจล้มเหลว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้การ สนับสนุนในการทำวิจัย และผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Cardiovascular diseases (CVDs): Fact sheet Updated May 2017.**
Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> Retrieved on June 6, 2017.
2. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2556-2558. http://bps.moph.go.th/new_bps สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2560.
3. Catherine et al. **Valvular heart disease: A companion to Braunwald's heart disease e-book.** 4th Ed. Saunders, 2014.
4. จันทิมา อุกฤษ์เดือนอุทธิ. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหัวใจพิการใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
5. อภิญญา วงศ์พิริยโยธาและคณะ. ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย มหาสารคาม. 9(ฉบับพิเศษ): 751-759, 2556.
6. อุดมลักษณ์ สุทธิเจริญ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 8(2): 139-156, 2558.
7. Hagen-Peter GA. **Living with aortic stenosis: A phenomenological study of patients' experiences and subsequent health choices.**
Thesis University of Vermont, 2015.
8. Seongkun et al. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. **Heart Lung.** 38(2): 100-108, 2009.
9. ณัฐจิตตา เพชรประไพ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
10. แพรพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. พุทธชินราชเวชสาร. 29(1): 36-43, 2555.
11. ทศนันท์ ศิริเสถียรรุจ และคณะ. คุณภาพชีวิตระยะยาวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 23(1): 31-43, 2555.
12. ภมร แซ่มรักษา และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 3(2): 1-12, 2554.
13. วิศรดา ม่วงช่วง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 25(2): 62-76, 2557.
14. อนันตยา ชื่อดง และทัศนาศูววรรณประกรณ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ ทรวงอก. 27(2): 58-70, 2559.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

15. รพีพรรณ เนาว่าประเสริฐ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2559.
16. นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา. **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัย ในประเทศไทย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.** 23(2): 1-16, 2555.
17. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล.** ยูเออนไอ อินเตอร์มีเดีย กรุงเทพฯ, 2553.
18. Methakanjanasak, N. **Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis.** Dissertations, Chiang Mai : Graduate School, Chiang Mai University, 2005
19. Catherine et al. **Valvular heart disease: A companion to Braunwald's heart disease e-book.** 4thEd. Saunders, 2014.
20. Yancy CW. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure: Executive summary. **Journal of the American College of Cardiology.** 62(16): 1495-539, 2013.
21. Hosenpud J.D, Greenberg BH. **Congestive Heart Failure: Pathophysiology, diagnosis, and comprehensive approach to management.** New York: Springer-Verlag, 2013.
22. นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล, ชนกพร จิตปัญญา, และปชาณัฐ์ ตันติโกศุม. **ความสัมพันธ์ระหว่างอาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับ และภาวะซึมเศร้ากับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วารสารพยาบาลตำรวจ.** 8(2): 1-12, 2559.
23. ปภาสวรี เจริญพัฒนากัก เขมารดี มาสิงบุญ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. **ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15 มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 28 มีนาคม 2557 : 1008-1020.** 2557.
24. Rector TS., Anand IS., Cohn JN. Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. **Journal of Cardiac Failure.** 12(2): 87-92, 2006.
25. Heo S., Lennie TA., Okoli C., & Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. **Heart Lung.** 38(2): 100-108. 2009.
26. Hickey KT. et al. Correlating perceived arrhythmia symptoms and QoL in the elderly with Heart Failure in an urban clinic: A prospective, single center study. **J Clin Nurs.** 22(3-4): 434-444. 2014.

คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลัง ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

Sleep Quality and Factors Interfering with Sleep in Colorectal Cancer Patients after Receiving FOLFOX4 Chemotherapy Regimens

รัชชยามหาสิริมงคล¹, นงเยาว์ มีเทียน², อภิญญา วงศ์พิริยโยธา³

Rachaya Mahasirimongkon¹, Nongyaow Meethien², Apinya Wongpiriyayothar³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 64 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบิร์ก และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า : 1) ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี ร้อยละ 79.7 ($\bar{X} = 10.05$, $SD = 4.79$) 2) ปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับที่พบมากที่สุดของ 5 ปัจจัยหลัก (1) ปัจจัยด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคและจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการปวดขาและอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ตามลำดับ (2) ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์ ได้แก่ การกลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับเป็นซ้ำ (3) ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิต ได้แก่ การมีรายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย (4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุณหภูมิที่ร้อนเกินไป 3) ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม 5 อันดับแรก ได้แก่ การงีบหลับในตอนกลางวัน/นอนกลางวัน 2) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 3) การดื่มชา/กาแฟ 4) การสูบบุหรี่ และ 5) การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน
คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยรบกวนการนอนหลับ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยา เคมีบำบัด

Abstract

This descriptive research aimed to study sleep quality and factors interfering with sleep in patients with colorectal cancer after receiving FOLFOX4 chemotherapy regimens. The sample was 64 colorectal cancer patients who were admitted to the general surgery and chemotherapy unit at Mahasarakham Hospital. The research instruments were the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and a questionnaire about factors interfering with sleep in colorectal cancer patients after receiving chemotherapy. The reliabilities of these instruments were .83 and .91, respectively. The data were analyzed by using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

The results of the study showed: 1) Most patients had poor quality of sleep (79.7 % , $\bar{X} = 10.05$, $SD = 4.79$). 2) Of the five major factors interfering with sleep, the most common precipitating factors were: (1) The physical factors from pathology of the disease and drug adverse reaction of chemotherapy were leg pain and peripheral neuropathy respectively. (2) The emotional factor was fear of death/unable to treat/recurrent. (3) The life events factor was low income due to illness; and (4) The environmental factor was hot weather. 3). The top five inappropriate behaviors related to the perpetuating factor that disturbed sleep were (1) daytime napping/sleeping, (2) drinking energy drink, (3) drinking tea/coffee, (4) smoking, and (5) drinking a lot of water before bedtime.

Key Words: Sleep quality, Factors interfering with sleep, Colorectal cancer patients, Chemotherapy

¹ นิสิตปริญญาโท, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

² Ph.D. (Nursing) อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ Ph.D. (Nursing) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบัน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลมะเร็งทั่วโลกปี ค.ศ. 2012 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย (746,000 ราย/ปี) และอันดับ 2 ในเพศหญิง (614,000 ราย/ปี) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 694,933 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 8.5 ของผู้เสียชีวิตจากมะเร็ง⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับ 4 ในเพศหญิง คิดเป็น 62.79 และ 57.73 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิต 5 อันดับแรก และจากสถิติพบว่าผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี⁽²⁾

สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคาม พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปีพ.ศ. 2557 – 2559 พบมากเป็นอันดับ 3 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 520, 549, 631 ราย ตามลำดับ⁽³⁾ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องข้องกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ส่งผลทำให้สูญเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก⁽⁴⁾

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบันวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดคือ วิธีการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด โดยปัจจุบันยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 เป็นที่นิยมใช้กันแพร่หลายสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่กระจาย โดยสามารถเพิ่มอัตราการตอบสนองต่อการรักษาสูงขึ้นถึงร้อยละ 50 และสามารถลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำได้ร้อยละ 20⁽⁵⁾ สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งประกอบด้วยยา 3 ชนิด คือ 5-FU, Leucovorin และ Oxaliplatin ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 6

เดือน โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับยาทุกๆ 2 สัปดาห์ ทั้งหมด 12 รอบ (Cycle) ซึ่งในแต่ละรอบต้องได้รับยานานถึง 22 ชั่วโมงติดต่อกัน 2 วัน โดยภายหลังจากการได้รับยาเคมีบำบัดสูตรนี้ และกลับไปที่บ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะบ่นว่านอนไม่หลับหรือหลับยาก หลับไม่สนิท ตื่นตอนกลางคืนบ่อยครั้ง ซึ่งผู้ป่วยมักจะขอยานอนหลับจากแพทย์กลับไปรับประทานที่บ้านเป็นประจำ จากสถานการณ์ปัญหาที่พบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาสำรวจเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทั้งหมด 17 ราย พบว่ามีจำนวน 11 ราย ที่มีปัญหาอนอนไม่หลับ โดยพบตั้งแต่รอบที่ 3 ของการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า รู้สึกนอนหลับยากกว่าปกติ สะดุ้งตื่นกลางดึกบ่อยๆ ต้องตื่นเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง และเมื่อตื่นนอนตอนเช้ารู้สึกง่วงนอนไม่เต็มอิ่ม และเหนื่อยอ่อนเพลีย โดยจะรู้สึกอ่อนเพลียมากในช่วง 2-3 วันแรกหลังจากที่ได้รับยา และอาการจะคงอยู่อีกประมาณ 1 สัปดาห์ ถึงจะรู้สึกดีขึ้น นอกจากนั้น ยังรู้สึกขมปาก รับประทานอาหารได้น้อยลง และรู้สึกเครียดจากการที่ตนเองต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาล จึงไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ส่งผลให้มีรายได้ก็น้อยลงและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบมากและเป็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบถึงร้อยละ 30–50⁽⁶⁾ ซึ่งจะเกิดขึ้นตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบว่า เป็นโรคมะเร็งระยะก่อนเริ่มรักษา ระหว่างการรักษา และหลังจากที่ได้รับการรักษา⁽⁷⁾ นอกจากนั้น ยังพบอาการนอนไม่หลับได้มากเช่นกันในระหว่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีปัญหาการนอนไม่หลับมากถึงร้อยละ 37⁽⁷⁾ และร้อยละ 36.6⁽⁸⁾

เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งต้องประสบกับปัญหาอนอนไม่หลับ หรือการนอนหลับที่ไม่มีประสิทธิภาพย่อมจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายจะทำให้ขาดพลังงาน ในการดำรงชีวิตความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและมีปัญหาด้านความจำและสมาธิลดลง⁽⁹⁾ รวมทั้งทำให้กระบวนการทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายขาดสมดุล

และหากเป็นผู้ป่วยซึ่งกำลังได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นระยะเวลานานย่อมต้องประสบกับปัญหาการนอนหลับมากขึ้น และอาจส่งผลเสียต่อกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาชีวิต น้อยอ่อนเพลีย จำนวนเม็ดเลือดขาวต่ำลงมากจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในร่างกายได้ง่ายขึ้น ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อการรักษาได้แก่ต้องลดขนาดยา หรือเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดออกไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดำเนินของโรคทำให้มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น หรือกลับเป็นซ้ำได้อีก ทำให้อัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปี ลดลง⁽¹⁰⁾ สำหรับด้านจิตใจและอารมณ์ การนอนไม่หลับจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูงขึ้น มีอารมณ์แปรปรวน เกิดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เผชิญกับปัญหาการนอนไม่หลับจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอีกด้วย⁽¹¹⁾

จากผลกระทบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญที่จะศึกษาคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนจัดการกับปัญหาดังกล่าว และส่งเสริมการนอนหลับที่ดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มาตรวจรักษาและรับยาเคมีบำบัดตามนัด ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วยสูตรยา FOLFOX4 ตั้งแต่ Cycle ที่ 3 เป็นต้นไป ไม่อยู่ระหว่างการรักษาโดยการผ่าตัดและการฉายรังสี อย่างน้อย 1 เดือน มีการรับรู้สติสัมปชัญญะที่ดี รับรู้วัน เวลา และสถานที่ได้อย่างถูกต้อง ไม่มีปัญหาในการสัมภาษณ์ สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้สูตรของ Cochran⁽¹²⁾ โดยสูตรนี้ใช้ในกรณีที่ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน และต้องการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \sigma^2}{E^2}$$

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

E = ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าเฉลี่ยของประชากร กำหนดที่ร้อยละ 5

โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพการนอนหลับจากงานวิจัยของ นันทวรรณ พลสุวรรณ⁽¹³⁾ มาใช้แทนค่าพารามิเตอร์ของประชากร (\bar{X} = 13.76, SD = 2.82 และ E = 0.69) กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% (Z = 1.96) จึงใช้แทนค่าในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่ ศธ 0530.11-361) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงการมีสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีโดยไม่มีผลต่อการรักษาและการให้การพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ โดยการนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาสารคาม เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จะมารับยาเคมีบำบัดจากทะเบียนนัดผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ป่วยตามวันนัดรับยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยแต่ละราย ในวันทำการตั้งแต่เวลา 08.00 – 16.00 น. โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายถึงขั้นตอน วิธีการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล และดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามแต่ละชุดจนครบ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 45 นาที แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะการอยู่อาศัย และบุคคลที่ให้การดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค จำนวนรอบที่มารับเคมีบำบัด คะแนน ECOG score และค่าดัชนีมวลกาย (BMI)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิทสเบิร์ก (The Pittsburgh Sleep Quality Index:PSQI)

สร้างโดย Buysse et al⁽¹⁴⁾ ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์⁽¹⁵⁾

ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย 2) ระยะเวลาเข้านอนจนกระทั่งหลับ 3) ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน 4) ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย 5) การรบกวนการนอนหลับ 6) การใช้ยานอนหลับ และ 7) ผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 21 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคือ ≤ 5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับดี และ >5 คะแนน หมายถึง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการนอนหลับของSpeilman⁽¹⁶⁾ มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ มี 4 องค์ประกอบ คือ ความเจ็บปวด ด้านร่างกาย สภาวะอารมณ์ เหตุการณ์ในชีวิต และสิ่งแวดล้อม ลักษณะแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ จาก 0 ถึง 5 คะแนน โดยการสอบถามผู้ป่วยว่ามีอาการหรือเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นหรือไม่ "ถ้ามี" แล้วส่งผลรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีอาการ/เหตุการณ์เกิดขึ้น หรือมีแต่ไม่รบกวนเลย (0 คะแนน) รบกวนน้อยที่สุด (1 คะแนน) รบกวนน้อย (2 คะแนน) รบกวนปานกลาง (3 คะแนน) รบกวนมาก (4 คะแนน) และรบกวนมากที่สุด (5 คะแนน)

ส่วนที่ 3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ โดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ "ถ้ามี" แล้วคิดว่ารบกวนต่อการนอนหลับของตนเองอย่างไร โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแต่ละคำถามให้ตรงกับความรู้สึกถึงการรบกวนต่อการนอนหลับของตนเองมากที่สุด ซึ่งมีการให้คะแนนแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก 0 ถึง 5 คะแนน ดังนี้ ไม่มีพฤติกรรมเกิดขึ้นหรือมีแต่ไม่รบกวนเลย (0 คะแนน) รบกวนน้อยที่สุด (1 คะแนน) รบกวนน้อย (2 คะแนน) รบกวนปานกลาง (3 คะแนน) รบกวนมาก (4 คะแนน) และรบกวนมากที่สุด (5 คะแนน) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

การแปลผลของแบบสอบถามทั้งส่วนที่ 3.1 และ 3.2 นั้น แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ รบกวนน้อยที่สุด (1.00 – 1.80) รบกวนน้อย (1.81 – 2.60) รบกวนปานกลาง (2.61 – 3.40) รบกวนมาก (3.41 – 4.20) และรบกวนมากที่สุด (4.21 – 5.00)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่วนที่ 3.1 และ 3.2 ที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ละมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่ 2 คน พยาบาล 2 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 และ 0.98 และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ส่วนที่ 3.1 และ 3.2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน แล้วนำเฉพาะส่วนที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่ามาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.90 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ตาราง 1 คะแนนคุณภาพการนอนหลับ (n = 64 คน)

คะแนนคุณภาพการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
0 – 5 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับดี)	13	20.3
6 – 21 คะแนน (คุณภาพการนอนหลับไม่ดี)	51	79.7
(\bar{X} = 10.05, SD = 4.79, range = 2 – 20)		

สำหรับคะแนนคุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30 -79 ปี อายุเฉลี่ย 57 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 46.9 เป็นเพศชายร้อยละ 54.7 เพศหญิงร้อยละ 45.3 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 51.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 43.8 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 79.7 อาศัยอยู่กับครอบครัวที่เป็นคู่สมรสและบุตรร้อยละ 39.1 และในยามเจ็บป่วยบุคคล ที่คอยให้การดูแลและช่วยเหลือคือ คู่สมรส ร้อยละ 45.3

2. การเจ็บป่วยและการรักษา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 67.2 และเป็นมะเร็งทวารหนักร้อยละ 32.8 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มารับยาเคมีบำบัดสูตร FOLFOX4 (จากทั้งหมด 12 รอบ) ที่พบมากที่สุด คือ รอบที่ 11 ร้อยละ 18.8 และรองลงมาคือ รอบที่ 10 ร้อยละ 15.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 75 และมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 25 สำหรับระดับ ECOG score ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับ ECOG score = 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 60.9 และรองลงมา คือ มีระดับ ECOG score = 0 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 39.1

3. คุณภาพการนอนหลับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพการนอนหลับโดยเฉลี่ยเท่ากับ 10.05 (SD = 4.79) จากคะแนนเต็มเท่ากับ 21 คะแนน และส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพการนอนหลับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 79.7

4. ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ

ตาราง 2 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับและระดับการรบกวนการนอนหลับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ	จำนวนที่รับรู้ว่ามีกรรบกวนการนอนหลับ		ระดับการรบกวนการนอนหลับ		
	n (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D	การแปลผล
1.1 ด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค					
1.1.1 ปวดขา	22	34.4	3.27	0.94	ปานกลาง
1.1.2 ปวดท้อง	7	10.9	3.43	0.53	มาก
1.1.3 ท้องอืด	4	6.3	3.25	0.50	ปานกลาง
1.2 ด้านร่างกายจากอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด					
1.2.1 ชาตามปลายมือปลายเท้า	34	53.1	3.20	0.73	ปานกลาง
1.2.2 อาการเหนื่อยล้า/เพลีย/ไม่มีแรง	33	51.6	2.90	0.84	ปานกลาง
1.2.3 เจ็บรื้อนบริเวณที่ให้ยาเคมีบำบัด	19	29.7	2.84	0.76	ปานกลาง
1.2.4 คลื่นไส้ อาเจียน	7	10.9	2.86	0.38	ปานกลาง
1.2.5 วิงเวียนศีรษะ/หน้ามืด	5	7.8	3.00	0.00	ปานกลาง
2. ด้านสภาวะอารมณ์					
2.1 กลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำ	35	54.7	3.71	1.13	มาก
2.2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาในอนาคต	30	46.9	3.10	0.96	ปานกลาง
2.3 เป็นห่วงครอบครัวจนทรุดทรน	28	43.8	3.50	0.75	มาก
2.4 กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว	22	34.4	3.27	0.83	ปานกลาง
2.5 กังวลเกี่ยวกับหน้าที่การงานและความรับผิดชอบในครอบครัว	19	29.7	3.16	0.76	ปานกลาง
2.6 กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	15	23.4	3.20	0.78	ปานกลาง
2.7 กลัวผลเลือดไม่ผ่านเกณฑ์ที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด	11	17.2	3.09	0.83	ปานกลาง
3. ด้านเหตุการณ์ในชีวิต					
3.1 รายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย	18	28.1	3.39	1.14	ปานกลาง
3.2 จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	5	7.8	2.20	1.10	น้อย
3.3 การหย่าร้าง/ถูกบอกเลิกจากคู่รักหรือคู่สมรส	4	6.3	4.75	0.50	มากที่สุด
4. ด้านสิ่งแวดล้อม					
4.1 อุณหภูมิที่ร้อนเกินไป	29	45.3	2.55	0.63	น้อย
4.2 ลักษณะที่นอนที่นุ่มหรือแข็งเกินไป	11	17.2	2.81	0.60	ปานกลาง
4.3 แสงสว่างในบ้านเรือนหรือตามท้องถนน	9	14.1	2.67	0.86	ปานกลาง
4.4 เสียงดังรบกวนจากเพื่อนบ้านหรือภายนอกบ้าน	6	9.4	3.33	0.82	ปานกลาง
4.5 อุณหภูมิที่เย็นเกินไป	5	7.8	2.80	0.45	ปานกลาง

จากตาราง 2 ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์ ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านร่างกาย

1.1 จากพยาธิสภาพของโรคที่รบกวนการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปวดขาเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับมากที่สุดร้อยละ 34.4 เมื่อพิจารณาที่ระดับของการรบกวนการนอนหลับ พบว่า อาการปวดที่รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับมาก ส่วนอาการปวดขาและท้องอืด รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 จากอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่รบกวนการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการชาตามปลายมือปลายเท้ารบกวนการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 53.1 เมื่อพิจารณาที่ระดับของการรบกวนการนอนหลับ พบว่า ทุกอาการจะอยู่ในระดับที่รบกวนปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาตามค่าคะแนนเฉลี่ยจะพบว่าอาการเหน็บชาตามปลายมือปลายเท้าจะมีคะแนนเฉลี่ยรบกวนการนอนหลับสูงสุด

2. ปัจจัยด้านสภาวะอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการรู้สึกล้มตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำรบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 54.7 เมื่อ

พิจารณาถึงระดับการรบกวนการนอนหลับพบว่า ความรู้สึกล้มตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำ และเป็นห่วงครอบครัวบุตรหลาน รบกวนการนอนหลับในระดับมาก ส่วนปัจจัยอื่นรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ในชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีรายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย รบกวนการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 28.1 และเมื่อพิจารณาที่ระดับการรบกวนการนอนหลับ พบว่า การหย่าร้าง/ถูกบอกเลิกจากคู่รักหรือคู่สมรส มีระดับการรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา คือการมีรายได้ลดลงจากการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และการที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการอุณหภูมิที่ร้อนเกินไปรบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 45.3 เมื่อพิจารณาถึงระดับการรบกวนการนอนหลับพบว่า ทุกปัจจัยรบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง มีเพียงอุณหภูมิที่ร้อนเกินไป ที่รบกวนการนอนหลับอยู่ในระดับน้อย

5. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ

ตาราง 3 พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับและระดับของการรบกวนการนอนหลับ

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ	จำนวนที่รับรู้ว่ามีกรรบกวนการนอนหลับ		ระดับของการรบกวนการนอนหลับ		
	n (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D	การแปลผล
1. การงีบหลับตอนกลางวัน/นอนกลางวัน	37	57.8	2.00	1.02	น้อย
2. การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	15	23.4	1.33	0.72	น้อยที่สุด
3. การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน	14	21.9	3.35	0.84	ปานกลาง
4. การสูบบุหรี่	13	20.3	1.46	0.97	น้อยที่สุด
5. การดื่มชา/กาแฟ	11	17.2	2.18	1.25	น้อย
6. การเปิดมือถือ/line ไว้ในระหว่างนอนหลับ	9	14.1	2.22	0.67	น้อย
7. การดูโทรทัศน์/ฟังวิทยุในห้องนอน	8	12.5	1.75	0.89	น้อยที่สุด
8. การดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	7	10.9	1.14	0.38	น้อยที่สุด
9. การดื่มน้ำอัดลม	5	7.8	2.00	1.00	น้อย

จากตาราง 3 ผลการวิจัย พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการงีบหลับตอนกลางวัน/นอนกลางวันมากที่สุดร้อยละ 57.8 รองลงมา คือ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังร้อยละ 23.4 เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้การรบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอยู่ในระดับรบกวนน้อยที่สุด ถึงปานกลาง และพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง คือ การดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนนอน

สรุปผลและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย คุณภาพการนอนหลับและปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. คุณภาพการนอนหลับ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 79.7 ($\bar{X} = 10.02$, $SD = 4.75$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ เทศวิรัช⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปหลังได้รับยาเคมีบำบัดส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมากถึงร้อยละ 67.1 ($\bar{X} = 6.75$, $SD = 2.34$) และการศึกษาของ Lui et al⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 42 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี การที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีทั้งนี้อาจเป็นเพราะความแตกต่างด้านอายุ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 46.9 ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุหรือวัยกลางคนที่ทำงานหนัก ๆ ซึ่งอาจทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสื่อมประสิทธิภาพทำงานไม่ได้ดีเหมือนเช่นเคย ทำให้กระเพาะปัสสาวะหดตัว และยังส่งผลให้ความยืดหยุ่นของกระเพาะปัสสาวะเสียไป จึงรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะบ่อย ทำให้ตื่นบ่อยครั้งในตอนกลางคืน และพบว่าสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างตื่นบ่อยครั้งคือ ตื่นเข้าห้องน้ำน้ำมากที่สุด และเมื่ออายุมากขึ้น โครงสร้างของการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องมาจากมีการลดลงของเซลล์ประสาทในสมองที่แสดงถึงการนอนหลับชนิด หลับลึก ในระยะที่ 3 และ 4 ของ NREM หรือเกิดการเสื่อมของระบบประสาทควบคุมการทำงานของอวัยวะ

ชีวภาพที่ควบคุมการนอนหลับ (Circadian rhythm) ทำให้การมีระยะหลับลึกลดลง ทำให้ผู้สูงอายุตื่นง่ายจากการกระตุ้น ซึ่งลักษณะการนอนไม่หลับที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักเป็นชนิดที่ตื่นกลางดึก แล้วหลับต่อยาก และพบว่าด้วยสภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าวก่อนเข้านอนกลุ่มตัวอย่างมักจะดื่มน้ำมาก ๆ ก่อนเข้านอนจึงทำให้ตื่นปัสสาวะในตอนกลางดึกได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่กำลังอยู่ในวัยทำงานมีอาการนอนฝันร้ายเนื่องจาก ในวัยนี้เป็นวัยที่มีเรื่องครุ่นคิดเกี่ยวกับครอบครัว และหน้าที่การงานต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลต่าง ๆ การฝันร้ายเป็นการสะท้อนอารมณ์ และความวิตกกังวลของตัวบุคคลนั้นมีมิติด้านการใช้ยานอนหลับ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้ยานอนหลับประมาณ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งยานอนหลับที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะเป็นยา Home med หลังจากได้รับยาเคมีบำบัดเสร็จแล้ว เพื่อนำกลับไปรับประทานที่บ้าน แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยสามารถทานได้เมื่อรู้สึกว่านอนไม่หลับ จากการสอบถามพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ให้ข้อมูลว่าหากไม่ได้รับประทานยานอนหลับก็จะนอนไม่หลับทั้งคืน แต่ถ้าทานแล้วจะรู้สึกอ่อนเพลียและนอนหลับสบายตลอดทั้งคืน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงต้องรับประทานยานอนหลับเมื่อรู้สึกว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ตามความต้องการของร่างกาย อันจะส่งผลต่อการรักษา การกระจายของโรค และคุณภาพชีวิตต่อไป

2. ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ ประกอบด้วย ปัจจัยกระตุ้นแบ่งออกเป็น ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสภาวะอารมณ์ ด้านเหตุการณ์ในชีวิต และด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยคงอยู่คือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยกระตุ้นด้านร่างกาย

2.1.1 จากพยาธิสภาพของโรค จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 34.4 รับรู้ว่าอาการปวดรบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ระดับการรบกวนอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Mellar et al⁽¹⁹⁾ พบว่าอาการปวดมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยมะเร็งในระยะแพร่กระจาย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ก็เป็นผู้ป่วยที่มีระยะการดำเนินของโรคในระยะแพร่กระจาย กล่าวคือ อาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานไม่สบาย ซึ่งอาการปวดขาในผู้ป่วยมะเร็ง อาจมีสาเหตุมาจาก 2 สาเหตุ คือ อาการปวดขาเดิมที่เคยเป็นมาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จากการเสื่อมถอยของร่างกาย และอาการปวด (Pain) จากก้อนมะเร็งกดเบียดอวัยวะที่อยู่ข้างเคียงและเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย อีกทั้งการได้รับยาเคมีบำบัดมักทำลายเส้นประสาท เช่น ยา Oxaliplatin จะมีพิษทำลายเส้นประสาททำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงได้⁽²⁰⁾ ซึ่งจากความไม่สบายดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

2.1.2 จากอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าอาการชาตามปลายมือปลายเท้ารบกวนการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 53.1 จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรโพลีฟอกซ์ของปานสิรินทร์ ดิตตะ และพิมพ์พนิต สมศรี⁽²¹⁾ โดยพบว่าอาการชาตามปลายมือปลายเท้า (Peripheral neuropathy) เป็นอาการที่พบมากที่สุดอันดับ 1 ซึ่งเป็นความรู้สึกผิดปกติบริเวณมือและเท้า มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า จะรู้สึกเจ็บเหมือนถูกแทงด้วยของแหลม เนื่องจากยาเคมีบำบัดในสูตรโพลีฟอกซ์จะประกอบด้วยยาโพลีนิค แอซิด ไซโทซีนและออกซาลิพลาติน ซึ่งยาเหล่านี้ผลทำลายต่อระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ชาหรือสูญเสียการรับความรู้สึกบริเวณปลายมือปลายเท้า หรืออาจมีการปวดร่วมด้วย จะเกิดขึ้นได้ในระหว่างให้ยาหรือภายหลังให้ยา ซึ่งอาการจะรุนแรงขึ้น ถ้าผู้ป่วยสัมผัสกับความเย็น สอดคล้องกับ การศึกษาของซุติมา ฉันทมิตร โอภาส และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าอาการที่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ อาการชาปลายมือปลายเท้า

2.2 ปัจจัยกระตุ้นด้านสภาวะอารมณ์ จากการศึกษา พบว่า ความรู้สึกกลัวตาย/รักษาไม่หาย/กลับมาเป็นซ้ำ

รบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 54.7 สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร จงประกอบกิจ⁽²³⁾ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดร้อยละ 18 รู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ มีกังวลใจ ในเรื่องความเจ็บป่วยที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของ พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภัทติวงศ์⁽²⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ คือ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 – 4 มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดถึงจะมียาเคมีบำบัดหลายสูตรที่ใช้ในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ก็แค่ยืดอายุให้อยู่ยาวนานขึ้น โดยจากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความกลัวต่อผลการรักษาในอนาคต กลัวความไม่แน่นอนในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยคิดมาก มีความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับได้

2.3 ปัจจัยกระตุ้นด้านเหตุการณ์ในชีวิต จากการศึกษาพบว่า การที่มีรายได้ลดลงจากการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อ การนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 และมีรายได้โดยเฉลี่ย น้อยกว่า/เท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ซึ่งจากการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อหลาย ๆ ด้านในชีวิตประจำวัน การที่ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้ รายได้ลดลงจากเดิมที่เคยได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต อีกทั้งผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเฉลี่ยคือ เดือนละ 2 ครั้งทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายซึ่งส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติวัฒน์ ชันดี⁽²⁴⁾ พบว่าปัญหาการเงินที่รายได้ น้อยลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้นอันสืบเนื่องมาจากการป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางไปรักษาแพงมาก คนในครอบครัวต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา ซึ่งปัญหาดังกล่าว

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ล้วนแต่ส่งรบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่า การหย่าร้าง/ถูกบอกเลิก จากคู่รักหรือคู่สมรส แม้จะพบเพียง ร้อยละ 6.3 แต่พบว่า ระดับรบกวนการนอนหลับอยู่ที่ระดับมากที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่า ในภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องการการดูแลเอาใจใส่ การปลอบใจ ความเอื้ออาทร ไม่ทอดทิ้ง การให้กำลังใจจากคู่สมรสของตน ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ มีความสุข เป็นความต้องการที่สำคัญในการเผชิญปัญหา และการปรับตัวต่อการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาของทัปทิม เปาอินทร์⁽²⁵⁾ พบว่าผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อเกิดการเจ็บป่วย คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ให้การดูแลและช่วยเหลือ ช่วยให้เกิดความ มั่นคงทางอารมณ์ ลดความเครียด และมีพฤติกรรมการ ปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะคู่ สมรส ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วย ขอมรับกับสภาพการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

2.4 ปัจจัยกระตุ้นด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ว่าคุณหมิที่ร้อนเกินไปรบกวนต่อการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 45.3 โดยพบว่าอุณหภูมิจากสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่ออุณหภูมิภายในร่างกายโดยตรง อุณหภูมิห้องที่สูงกว่า 23.9 องศาเซลเซียสจะทำให้เกิด ความไม่สุขสบายและรบกวนการนอนหลับได้ (Morton, 1993)⁽²⁶⁾ จากสภาพอากาศของประเทศไทยที่มีอากาศร้อน และอบอ้าวส่งผลให้รบกวนต่อการนอนหลับของกลุ่ม ตัวอย่างได้ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาเคมีบำบัด ที่สะสมในร่างกายจึงทำให้มีอาการร้อนมากกว่าปกติ ในการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเศรษฐฐานะ ยากจน ไม่สามารถซื้อเครื่องปรับอากาศไว้ใช้ในบ้านได้ ต้องเผชิญกับสภาพอากาศที่ร้อน โดยเฉพาะหน้าร้อนจึง รู้สึกทรมาน เหนียวตัว เหงื่อไหลตลอดเวลา กว่าจะนอน หลับได้ต้องใช้เวลานาน ต้องตื่นกลางดึกเพื่อดื่มน้ำดับ กระหายร้อน แต่เมื่อพิจารณาจากระดับการรบกวนการ นอนหลับพบว่าอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะมีความเคยชินกับอากาศที่ร้อนอยู่ แล้วจึงมีการปรับตัวและหาวิธีการคลายร้อนด้วยตนเอง ซึ่ง

ได้แก่ การใช้ผ้าชุบน้ำมาประคบตามตัว การใช้พัดลมพัด ไล่ถึงน้ำแข็งให้ไอระเหยความเย็นออกมา การเปิดหน้าต่าง นอน เป็นต้น

3. ปัจจัยคงอยู่ด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวกับการนอนหลับ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่ไม่ เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับ คือ การงีบหลับตอน กลางวัน/นอนกลางวัน พบถึง ร้อยละ 57.8 โดยอธิบายได้ จาก การศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบ อาชีพ จึงทำให้ในช่วงระหว่างวันไม่มีภารกิจที่จะต้องทำ และจากวิถีชีวิตคนชนบทหลังรับประทานอาหารเที่ยง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมักงีบหลับระหว่างวัน อีกทั้ง ประกอบกับภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดแล้วกลับไปอยู่ บ้านในช่วง 2-3 วันแรกผู้ป่วยจะมีการเหนื่อยเพลียมาก ไม่สามารถทำงานได้เลย ต้องการการพักผ่อนโดยจะนอน ในช่วงกลางวันมากกว่าปกติ นอกจากนั้นยังพบว่าเกิดจาก ความรู้สึกง่วงนอนจากระยะเวลาการนอนหลับในช่วง กลางคืนไม่เพียงพอจึงเกิดอาการง่วงระหว่างวันได้ โดย จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่งีบหลับในตอนกลางวันจะตื่น บ่อยครั้ง และนอนหลับยากกว่าคนที่ไม่งีบหลับในตอน กลางวัน โดยเฉพาะหากงีบหลับมากเกินไป 50 นาที (Floyd, 1995) เนื่องจากการงีบหลับในตอนกลางวันจะทำให้นอน หลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและรบกวนความต่อเนื่องของ การนอนหลับในช่วงกลางคืน เมื่อพิจารณาถึงระดับการ รบกวนการนอนหลับ พบว่า ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับ อยู่ในระดับตั้งแต่น้อยที่สุด - ระดับปานกลาง ซึ่งการดื่ม น้ำมาก ๆ ก่อนนอนเป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของ กลุ่มตัวอย่างในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลให้ดื่มน้ำมาก ๆ ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อเป็นการชะล้าง สารเคมีหรือยาเคมีบำบัดที่สะสมอยู่ในร่างกายตามแนว ปฏิบัติของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงปฏิบัติ ตามคำแนะนำที่ได้รับ ทำให้ต้องตื่นมาปัสสาวะในตอน กลางคืนบ่อยขึ้น จึงอาจส่งผลรบกวนต่อการนอนหลับของ กลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านร่างกาย เช่น อาการปวดขา และอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับ พยาบาลจึงควรตระหนักถึงการหาแนวทางการจัดการกับอาการปวดขา และอาการชาตามปลายมือปลายเท้า และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในเชิงหาความสัมพันธ์ เกี่ยวกับปัจจัยในด้านต่าง ๆ ที่รบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำมาซึ่งการอธิบายถึงสาเหตุหรือปัญหาที่รบกวนการนอนหลับได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในลักษณะวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเจาะลึกถึงสาเหตุและความต้องการการดูแลที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับโดยการใช้เทคนิคในการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การใช้คลื่นเสียงเพื่อชักนำให้นอนหลับ โดยการใช้ Binaural beats คือ การฟังเสียงที่มีความถี่ต่างกันไม่มาก 2 เสียง เช่น เสียงบำบัดสังเคราะห์ขึ้นจากเสียงต่าง ๆ ได้แก่ เสียงธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสามารถเหนี่ยวนำให้คลื่นสมองในระดับหนึ่งเปลี่ยนไปอีกระดับหนึ่งได้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหลับได้ลึกและยาวนานขึ้น²⁸

4. ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมในการจัดการ อาการปวดขา และอาการชาตามปลายมือปลายเท้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมหาสารคาม และอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่สนับสนุนในการทำวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer incidence Mortality and prevalence worldwide in 2012. Available from. <http://www.iarc.fr/en/mediacentre/iarcnews/2010/>. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2559.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2557. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพฯ, 2557.
3. งานสารสนเทศโรงพยาบาลมหาสารคาม. สถิติผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ปี พ.ศ.2557-2559. โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2559.
4. Heras, P., Hatzopoulos, A., Kritikos, K., et al. "Level of fatigue in Colorectal cancer patients (ccp) receiving adjuvant chemotherapy". American Society of Clinical Oncology, 27, 15S, 2009.
5. Meyer, J., & Balducci, L. "Chemotherapy in the older adult". In J. Overcash & L. Balducci (Eds.), The older cancer patients. 144-167, 2003.
6. Palesh, O. G., Roscoe, J. A., et al. "Prevalence Demographics, and Psychological Associations of Sleep Disruption in Patients With Cancer". Journal of Clinical Oncology. 28(2): 292-298, 2010.
7. Sonia Ancoli-Israel. "Sleep Disturbances in Cancer". Sleep Med Res. 6(2): 45-49, 2015.
8. Davidson, J. R., MacLean, A. W., et al. "Sleep disturbance in cancer patients" Social Science Medicine. 54(9): 1309-1321, 2002.
9. Anna, R. G., Jose, P., et al. "Insomnia among patient with advance disease during admission in Palliative Care Unit: a prospective observation study on its frequency and association with psychological physical and environmental factor". BMC Palliative care, 2014.
10. Vena, C., Parker, K., et al. "Sleep-wake disturbances in people with cancer part I: An overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment". Oncology Nursing Forum. 31(4): 735-746, 2004.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

11. Mei-fen Zhang., Mei-chun Zheng., et., al. “The influence of demographics, psychological factors and self-efficacy on symptom distress in colorectal cancer patients undergoing post-surgical adjuvant chemotherapy”. *European Journal of Oncology Nursing*. 19(1) : 89-96, 2014.
12. นงนภัส พันธุ์พลกฤต. การคำนวณขนาดตัวอย่างและการวิธีการสุ่มตัวอย่าง. <http://rac.oop.cmu.ac.th/uploadfile/racnews/RAC2017-091120170951320398.pdf>. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2560.
13. นันทวรรณ พลสุวรรณ. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2557.
14. Buysse D. J., Reynolds C. F., et al. “The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research”. *Psychiatry Research*. 28(2) : 193-213, 1989.
15. ตะวันชัย จิระประมุข และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์. “ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์”. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 42(3) : 123-132, 2540.
16. Spielman, A. J. “Assessment of insomnia”. *Clinical Psychology Review*. 6 : 11-25, 1986.
17. วันเพ็ญ เทศวิริช. ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2557.
18. Liu, L., Rissling, M., Natarajan, L., et al. “The longitudinal relationship between fatigue and sleep in breast cancer patients undergoing chemotherapy”. *Sleep* 35 : 237-245, 2012.
19. Mellar P. Davis., Dilara Khoshknabi., et al. “Insomnia in Patients With Advanced Cancer”. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Vol. 31(4) : 365-373, 2014.
20. พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. “ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยยาเคมีบำบัด”. *วารสารสังคมศาสตร์*. 5(2) : 92-101, 2559.
21. ปานศิรินทร์ ดิตตะ และพิมพ์พินิต สมศรี. สูตรยาเคมีบำบัดและการไม่พึงประสงค์ที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ณ หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *ปัญหาพิเศษหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2559.
22. ชูติมา ฉันทมิตรโอกาส, พิษณุภา พิษะยะ, และคณะ. “ประสบการณ์อาการ และวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในศูนย์มะเร็ง จังหวัดชลบุรี”. *วารสารโรคมะเร็ง*. 32(2) : 45-60, 2555.
23. สุภาพร จงประกอบกิจ. ความเครียดการเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2551.
24. ฐิติวัฒน์ ชันดี. “แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตำบลบ้านฝ้าย อำเภอ น้ำป่าด จังหวัดอุดรธานี”. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10*. 14(2) : 45-54, 2559.
25. ทับทิม เปาอินทร์, เขาวรัตน์ รุ่งว่าง, และคณะ. “คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบMRMและได้รับยาเคมีบำบัด”. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 4(1) : 28-37, 2553.
26. Morton, P. G. *Health assessment in nursing*. Spring House. St Loius, 1993.
27. Sonia Ancoli-Israel & Jennifer L. Matin. “Insomnia and daytime napping in older adult”. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2(3) : 333-342, 2006.
28. พิษณุสินี มงคลศิริ. การใช้คลื่นเสียงเคลต้าเพื่อปรับปรุงคุณภาพการนอนหลับ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 9(1) : 178-185, 2559.

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

The Effects of a Caring Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Communities at Chiangmuan District, Phayao Province

มนัสชรณ์ พิชัยจุมพล¹ มุกดา หน่ยศรี² วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล³

Manuschorn Pichaichumpol¹, Mukdahan Nuisri², Varanee Eamsawasdikul³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคและการกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกอย่างเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านม่วง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับเดียวกันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปิ่น อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองฟริสดี-โพรสดี ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งมี 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามส่วนที่ 2 มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการทดสอบที่ สถิติไคสแควร์ และการทดสอบซี

ผลการทดลอง พบว่า 1) หลังใช้รูปแบบฯ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความรุนแรงของโรคที่วัดจากค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ มีค่า FEV1 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ความรุนแรงของโรคที่จำแนกตามแนวทาง GOLD (2014) พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) การกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน หลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

คำสำคัญ: การดูแล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปแบบ ชุมชน

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to compare self-care behaviors, the severity of the disease, and the readmission rate in the hospital within 28 days of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) 1) before and after using a model in the experimental group and 2) between the experimental group and the comparison group after using the model. The sample were selected by purposive sampling technique as inclusion and exclusion criteria into experimental group (n = 30) and control group (n = 30). Experimental group comprised patients with COPD in level 3 severity who attended at the chronic disease clinic in Ban Mang Primary Care Unit and comparison group comprised patients with COPD in the same severity level who attended at the chronic disease clinic in Ban Pin subdistrict health promoting hospital, Chiangmuan District, Phayao Province. The experimental tool was the Caring Model for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Communities which was developed based on the PRECEDE-PROCEED model and used it for 8 weeks. The data collection tool was questionnaire composed of 2 parts: 1) general data and 2) self-care behaviors. The content validity index and the reliability of the second part was 0.90 and 0.83 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, chi-square test, and Z-test.

The results showed as follows. 1) After using the model, self-care behaviors of the experimental group were significantly higher than before and higher than the comparison group (p < .05). 2) The severity of the disease as measured by Forced Expiratory Volume (FEV) in the

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงม่วน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

first second (FEV1) of the experimental group after using the model was significantly higher than before and higher than the control group ($p < .001$). 3) The severity of disease of experimental group classification from the level of FEV1 from GOLD (2014) was not significantly different than before and was not significantly different from the control group ($p < .05$). 4) The readmission rate in the hospital within 28 days after using the model in the experimental group was significantly less than before ($p < .05$) but it was not significantly different from the control group ($p > .05$).

Keywords: Caring, Chronic obstructive pulmonary disease, Model, Community

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลก จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก ใน ค.ศ. 2020 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบว่า ประชากรร้อยละ 5 หรือประมาณ 4 ล้านคน เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นอัตราความชุก 33.5 ต่อแสนประชากรและมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ของประเทศ จังหวัดพะเยาในพ.ศ. 2557-2559 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1,009, 1,093 และ 1,164 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราป่วยตายในพ.ศ. 2558-2559 พบร้อยละ 2.41 และ 3.61 ตามลำดับ ส่วนพื้นที่อำเภอเชียงม่วนพ.ศ.2558-2559 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1,447 และ 1,659 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สูงกว่าระดับประเทศและระดับจังหวัด และในพ.ศ. 2556-2559 มีอัตราป่วยตายร้อยละ 34.9, 13.34, 3.03 และ 5.98 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าระดับจังหวัด จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ใน 5 อย่างต่อเนื่อง ในพื้นที่ตำบลเชียงม่วน ระหว่าง พ.ศ. 2558-2559 มีอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1,341 และ 1,394 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.74 และ 1.90 ตามลำดับ ส่วนในตำบลบ้านม่วงระหว่าง พ.ศ. 2558-2559 มีอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 860 และ 1,303 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 1.84 และ 2.30 ตามลำดับ(ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงม่วน, 2558-2559) ซึ่งนับว่าภาพรวมทั้งตำบลเชียงม่วนและบ้านม่วงมีอัตราความชุกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าระดับจังหวัดและระดับประเทศ แม้ว่าอัตราป่วยตายหรือระดับความรุนแรง

จะน้อยกว่า และจากข้อมูลอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ปี ย้อนหลังใน พ.ศ. 2557-2559 ของอำเภอเชียงม่วนพบว่า มีอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 19.3, 22.7 และ 23.8 ตามลำดับ ตำบลเชียงม่วนมีอัตราการเข้ารักษาซ้ำ ร้อยละ 17.3, 28.6 และ 24.8 ตามลำดับ และตำบลบ้านม่วงมีอัตราการเข้ารักษาซ้ำ ร้อยละ 23.3, 32.6 และ 26.3 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั้ง 2 ตำบล

จากการสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ประกอบกับการขาดแรงจูงใจจากครอบครัวและสังคม และจากข้อมูลสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ที่เอื้อต่ออาการเหนื่อยหอบเมื่อได้ทบทวนแนวทางปฏิบัติในพื้นที่พบว่า ได้มีการจัดทำแนวทางในระบบดูแลรักษาเฉพาะในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลเชียงม่วน ยังไม่มีรูปแบบการดูแลและการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเมื่อสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการเยี่ยมบ้านในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพถึงขั้นตอนการให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 3 (severe) และ 4 (very severe) เพื่อติดตามผลการรักษาต่อจากโรงพยาบาล พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน กล่าวคือ มีการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการ ทบทวนความรู้และแผนการรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล มีการให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนของการปฏิบัติตัว เช่น การแนะนำออกกำลังกาย แนะนำให้เลิกบุหรี่ แต่ขาดการเสริมพลัง ขาดการสร้างแรงจูงใจและขาดการมีส่วนร่วม

ของครอบครัวและชุมชน และที่สำคัญยังขาดการแก้ไขในด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดอาการเหนื่อยหอบกำเริบเป็นระยะๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัว รวมทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากอีกด้วย

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่รับผิดชอบดูแลประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านม่วงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่ และมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่พัฒนาขึ้นใช้แนวคิด ทฤษฎีหลากหลาย เช่น เมธินี จันต๊ะยะ(2547)⁽²⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กตัญญู โม่มาลี (2555)⁽³⁾ ศึกษาโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสีชมพู โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพปอดหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่ามากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จิราภรณ์ พรหมอินทร์ (2551)⁽⁴⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งล้วนแต่ได้ผลดี กล่าวคือ หลังการทดลองพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ประสิทธิภาพของปอดดีขึ้น การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในกลุ่มทดลองลดลง

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดแบบจำลองฟรีลีด-โพรสิดของ กรีนและครูเตอร์⁽⁵⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่อธิบายสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ทำให้สามารถออกแบบกิจกรรมในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนได้ครอบคลุมทุกด้านประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้ และการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการเกิดอาการเหนื่อยหอบกำเริบเฉียบพลัน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การณรงค์เผยแพร่ นโยบายลดการเผา ลดหมอกควัน และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และมีการเยี่ยมบ้านผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาในครั้งนี้ หากรูปแบบที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น สามารถลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ลดระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานกับอาการเหนื่อยหอบน้อยลง ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย อันเป็นผลลัพธ์สำคัญของการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในสถานบริการระดับปฐมภูมิ นอกจากนั้นอำเภอเชียงม่วนยังมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนที่สามารถใช้เป็นต้นแบบในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ในทุกตำบล และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนของจังหวัดพะเยาได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคและการกลับเข้ามารักษาซ้ำ แผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคและการกลับเข้ามารักษาซ้ำ แผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนดีกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

2. กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของโรคและการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันหลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน น้อยกว่าหรือต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

3. กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. กลุ่มทดลองมีความรุนแรงของโรคและการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน น้อยกว่าหรือต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคและการเข้ารับการรักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม พ.ศ.2560 ซึ่งมีวิธีดำเนินงานวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวรที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1-4 ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลบ้านมาง และตำบลเชียงม่วน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จำนวนทั้งสิ้น 233 คน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรุนแรงของโรกระดับ 3 ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านมาง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรกระดับเดียวกันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป็น อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามเรื่อง ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยชุมชนมีส่วนร่วม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ภาวะสุขภาพปัจจุบัน การสูบบุหรี่ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีทั้งหมด 35 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ตอบมากที่สุด โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก

1.2 แบบบันทึกการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบบันทึกรายบุคคลที่สร้างขึ้นเพื่อบันทึกจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำในรอบ 28 วัน ซึ่งจะรวบรวมจากประวัติการเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลเชียงใหม่ ในช่วงก่อนใช้รูปแบบฯ 1 เดือนและ หลังการใช้รูปแบบฯ 1 เดือน

1.3 สไปโรมิเตอร์ (Spirometer) เป็นเครื่องมือที่ใช้ วัดสมรรถภาพของปอด โดยการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้สไปโร มิเตอร์วัดค่า ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) แล้วนำมาจัดระดับความรุนแรงของ โรคซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับตั้งแต่ความรุนแรงเล็กน้อย จนถึง รุนแรงมากที่สุด ตามเกณฑ์ของ GOLD (2014)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน ชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดแบบจำลองปริสติ- โพรสติ และมีเครื่องมือในการทดลองสำหรับกิจกรรมแต่ละประเภท ดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง 2) การสร้างการรับรู้ 3) การฝึกทักษะ 4) การ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และ 5) การเสริมแรงจิตใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของ แบบสอบถามส่วนที่ 2 พฤติกรรมในการดูแลตนเอง มีค่า ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 การตรวจสอบค่าความ เทียง (reliability) แบบสอบถามส่วนที่ 2 พฤติกรรมใน การดูแลตนเอง นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความ เทียงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 8/60 ขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและได้รับความ ร่วมมือจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในการ เข้าร่วมการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินกิจกรรม และ ระยะเวลา จัดทำจดหมายขอความร่วมมือในการตอบ แบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บ ข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษากลับกลุ่ม การ มีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีผลกระทบต่อ

การรักษา และผู้วิจัยพร้อมจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากต้องการ รวมทั้งจัดทำเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย เพื่อให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการ วิจัยด้วยความสมัครใจ

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง “รู้จักกลุ่ม รู้จักโรค”เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การ สร้างการรับรู้โดยตัวแบบด้านลบ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง “ฐานการ เรียนรู้สู่การดูแลตนเอง”กิจกรรมประกอบด้วย 1) ฝึกทักษะ การดูแลตนเอง โดยการเรียนรู้เป็นฐาน ฐานที่ 1 ทักษะการ เลือกรักษา ฐานที่ 2 ทักษะการใช้ยาและการจัดการตนเอง เมื่อหอบเหนื่อย ฐานที่ 3 ทักษะการออกกำลังกาย ฐานที่ 4 ทักษะการฝึกการหายใจ ฐานที่ 5 ทักษะการผ่อนคลาย ความเครียด ฐานที่ 6 ทักษะการลดสิ่งกระตุ้น และทักษะ การพักผ่อน 2๗ มอบลูกมือพิชิตหอบ

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง “เสริมพลัง สร้างคุณค่า พาสุขสันต์”กิจกรรมประกอบด้วย 1) ฝึกการ เสริมพลังโดยอสม. 2) แบ่งกลุ่มย่อย 6 กลุ่มๆละ 5 คน ฝึก ทักษะการดูแลตนเองครั้งที่ 2 อสม.กระจายไปฐานละ 1-2 คน

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง “หยุดเผา หยุดหมอกควัน ป้องกันการหอบเหนื่อย” 1) รณรงค์ เผยแพร่นโยบายลดการเผา ลดหมอกควัน 2) ทำความ สะอาดบ้าน จัดสิ่งแวดล้อม 3) จัดทำเตาไร้ควันให้กับ คริวเรือนที่ใช้เตาฟืนและหรือเตาถ่าน

สัปดาห์ที่ 4-8 ครั้งที่ 5-9 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง “ตั้งวง เล่าเราทำได้” 1) เชิญบ้านเสริมพลังโดยอสม. 2) สนทนา กลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและอสม.แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 3) เสริมแรงใจด้วยการมอบรางวัลให้กับผู้ที่มีพฤติกรรมที่ดี ขึ้น ลดปัจจัยเสี่ยง

สัปดาห์ที่ 9 ประเมินผล ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามเรื่อง ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังในชุมชน และประเมินความรุนแรงของโรค

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลการกลับเข้มารักษาซ้ำ
แผนกผู้ป่วย ในภายใน 28 วัน

กลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะทดลองรับการรักษาพยาบาลตามนัดที่คลินิก
ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป็นตามปกติ

สัปดาห์ที่ 9 ประเมินผล ตอบแบบสอบถามเรื่อง
ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
ชุมชน และประเมินความรุนแรงของโรค

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลซ้ำการกลับเข้มารักษาซ้ำ
แผนกผู้ป่วย ในภายใน 28 วัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมี
ข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ เพศ กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และ 66.67
ตามลำดับ อายุ กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 64.27 ปี (S.D. =
6.67) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-65 ปี และ 66-70 ปี
เท่ากัน ร้อยละ 26.67 กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี
(S.D. = 7.18) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 56-60 ปี ร้อยละ
26.67 สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.3 และร้อยละ
73.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถม ศึกษา ร้อย
ละ 70.00 และร้อยละ 80.00 ตามลำดับ อาชีพ กลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ
46.67 เท่ากัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน กลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของ
ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 80 และร้อย
ละ 66.67 ตามลำดับ

โรคประจำตัวอื่นๆ นอกเหนือจากการเป็นโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่
มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 80.00
ตามลำดับ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระยะเวลาการ
เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5-10 ปี ร้อยละ 43.33
เท่ากัน ยาที่ได้รับ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ทุกคนได้รับทั้งยากินและยาพ่น หรือร้อยละ 100 เท่ากัน

การใช้เตาไฟสำหรับหุงต้ม ประกอบอาหาร พบว่า
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้เตาฟืนหรือ
เตาถ่าน ร้อยละ 93.33 และร้อยละ 86.67 ตามลำดับ
สิ่งแวดล้อมระยะที่ต้งบ้านเรือนห่างจากโรงสีข้าวหรือ
ไซโลในรัศมี 500 เมตร พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ยู่ใกล้โรงสีข้าวหรือไซโลใน
รัศมี 500 เมตร ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 96.67ตามลำดับ
การสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ เคย
สูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 60.00 และร้อยละ
80.00 ตามลำดับ

2. ความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลตนเอง
ความรุนแรงของโรคและการกลับเข้มารักษาซ้ำแผนก
ผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างและระยะการทดลอง (n=30)

พฤติกรรม การดูแลตนเองกลุ่มทดลอง	ก่อนการใช้รูปแบบฯ			หลังการใช้รูปแบบฯ			t	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
1. ด้านอาหาร	3.19	0.55	มาก	3.53	0.40	มาก	-3.401	0.018*
2. ด้านการใช้ยา	3.53	0.58	มาก	3.93	0.32	มาก	-3.945	0.043*
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.95	0.84	ปานกลาง	3.72	0.46	มาก	-6.074	0.001*
4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	2.94	0.96	ปานกลาง	3.50	0.49	มาก	-3.842	0.004*
5. ด้านการบริหารการหายใจ	2.79	0.92	ปานกลาง	3.54	0.52	มาก	-5.589	0.000*

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มทดลอง	ก่อนการใช้รูปแบบฯ			หลังการใช้รูปแบบฯ			t	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
6. ด้านการพักผ่อน	3.11	0.92	มาก	3.56	0.57	มาก	-3.866	0.000*
7. ด้านสุขภาพจิต	3.66	0.55	มาก	3.83	0.37	มาก	-2.400	0.028*
8. ด้านการจัดการตนเองเมื่อมีอาการ หอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลันฉุกเฉิน	1.69	0.63	น้อย	2.75	0.45	ปาน กลาง	-9.921	0.000*
โดยรวม	2.98	0.74	ปานกลาง	3.55	0.45	มาก	-4.873	0.011*

*p-value < .05

2.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองทุกด้านดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกของกลุ่มทดลองจำแนกตาม
ระยะเวลาทดลอง (n=30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการใช้รูปแบบฯ		หลังการใช้รูปแบบฯ		t	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
ค่าของปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่าง แรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1)	39.13	3.99	46.77	4.38	58.43	0.000*

*p-value < .05

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของ GOLD (2014)
และระยะเวลาทดลอง (n=30)

ความรุนแรงของโรค	ก่อนการใช้รูปแบบฯ		หลังการใช้รูปแบบฯ		Chi- square	p- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระดับมาก (severe)	30	100	28	93.33	2.069	0.150
ระดับปานกลาง (moderate)	0	0	2	6.67		

*p-value < .05

2.2 ความแตกต่างของความรุนแรงของโรคระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัย ดังนี้
1) ความรุนแรงของโรคที่วัดจากค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ มีค่า FEV1 เพิ่มขึ้น

กว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2) ความรุนแรงของโรคที่จำแนกเป็นระดับช่วงค่า FEV1 ตามแนวทาง GOLD (2014) พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มทดลองจำแนกตามการกลับเข้มารักษารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและระยะเวลาการทดลอง

การกลับเข้มารักษารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ก่อนการใช้รูปแบบฯ		หลังการใช้รูปแบบฯ		Z	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง (n=30)	6	20.00	1	3.33	2.08	0.037*

*p-value < .05

2.3 ความแตกต่างของการกลับเข้มารักษารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า การกลับเข้มารักษารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน หลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ความรุนแรงของโรคและการกลับเข้มารักษารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหลังการใช้รูปแบบฯ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหลังการใช้รูปแบบฯ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			t	p-value
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ		
1. ด้านอาหาร	3.53	0.40	มาก	3.01	0.64	มาก	-3.401	0.018*
2. ด้านการใช้ยา	3.93	0.32	มาก	3.39	0.70	มาก	-3.945	0.043*
3. ด้านการออกกำลังกาย	3.72	0.46	มาก	3.16	0.75	มาก	-6.074	0.001*
4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	3.50	0.49	มาก	2.98	0.84	ปานกลาง	-3.842	0.004*
5. ด้านการบริหารการหายใจ	3.54	0.52	มาก	2.72	0.88	ปานกลาง	-5.589	0.000*
6. ด้านการพักผ่อน	3.56	0.57	มาก	3.05	0.90	มาก	-3.866	0.000*
7. ด้านสุขภาพจิต	3.83	0.37	มาก	3.51	0.62	มาก	-2.400	0.028*
8. ด้านการจัดการตนเอง เมื่อมีอาการ หอบเหนื่อยกำเริบเจ็บป้หลังถูกเงิน	2.75	0.45	ปานกลาง	1.66	0.75	น้อย	-9.921	0.000*
โดยรวม	3.55	0.45	มาก	2.94	0.76	ปานกลาง	-4.8729	0.011*

*p-value < .05

3.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการใช้รูปแบบฯ (n=30)

หลังการใช้รูปแบบฯ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
ค่าของปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่าง	46.77	4.38	39.70	4.46	6.19	0.000*

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการใช้รูปแบบฯ (n=30)

หลังการใช้รูปแบบฯ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
แรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1)						

*p-value < .05

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามเกณฑ์ของ GOLD (2014) หลังใช้รูปแบบฯ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

ความรุนแรงของโรค	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Chi-square	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระดับมาก (severe)	28	93.33	30	100.00	2.069	0.150
ระดับปานกลาง (moderate)	2	6.67	0	0.00		

*p-value < .05

3.2 ความแตกต่างของความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัย ดังนี้ 1) ความรุนแรงของโรคที่วัดจากค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) พบว่า หลังใช้รูปแบบฯกลุ่มทดลอง มีค่า FEV1 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .001 2) ความรุนแรงของโรคที่จำแนกเป็นระดับช่วงค่า FEV1 ตามแนวทาง GOLD (2014) พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของการกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังใช้รูปแบบฯ จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

การกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Z	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
หลังทดลอง	1	3.33	3	10.00	-1.04	0.296

*p-value < .05

3.3 ความแตกต่างของการกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัย พบว่า การกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันหลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคและการกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลอง

1.1 ความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบฯ พฤติกรรมในการดูแลตนเองทุกด้านดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมี

สรุปและอภิปรายผล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ดำเนินตามรูปแบบฯ ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้ และการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการเกิดอาการหอบเหนื่อยกำเริบเฉียบพลัน ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การณรงค์เผยแพร่นโยบายลดการเผา ลดหมอกควัน และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น และมีการเยี่ยมบ้านผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิณี จันดิยะ (2547)⁽²⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 ความแตกต่างของความรุนแรงของโรคระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัย ดังนี้

- 1) ความรุนแรงของโรคที่วัดจากค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ มีค่า FEV1 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า สมรรถภาพปอดดีขึ้นเกิดจากผลของการเข้าร่วมในการทำกิจกรรมพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง 8 ด้าน ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการลดสิ่งกระตุ้น ด้านการบริหารการหายใจ ด้านการพักผ่อน และด้านการจัดการตนเองเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยกำเริบ ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดตามค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) 2) ความรุนแรงของโรคที่จำแนกเป็นระดับช่วงค่า FEV1ตาม

แนวทาง GOLD (2014) พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง จะเห็นว่ากลุ่มทดลองของการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 การดำเนินตามพยาธิสภาพของโรคต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้มีการเปลี่ยนแปลงจนนำไปสู่ระดับความรุนแรงของโรคที่ดีขึ้น ซึ่งยังไม่พบการศึกษาถึงประสิทธิผลการลดระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มที่รุนแรง แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการศึกษายังไม่มีความแตกต่าง แต่หากเปรียบเทียบข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความรุนแรงจากระดับ 3 ลดลงเป็นระดับ 2 จำนวน 2 คนจากจำนวนทั้งหมด 30 คน (ร้อยละ 6.67)

1.3 ความแตกต่างของการกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า การกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน หลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 8 ด้าน ให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ส่งผลให้การปฏิบัติตัวดังกล่าวดีขึ้นทุกด้านในบางรายที่มีอาการหอบเหนื่อยกำเริบ เมื่อจัดการตนเองที่บ้านแล้วไม่ดีขึ้นมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกก็ทำให้อาการที่ดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องนอนรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วันได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร รักยายศ และคณะ (2555)⁽⁴⁾ เรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกคนรักย์ปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชควางจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของเมธิณี เกตวาทิมาตร และคณะ (2558)⁽²⁾ เรื่องประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า จำนวนครั้งของ

การกลับมาอนรรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันลดลง ร้อยละ 21.43

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความรุนแรงของโรคและการกลับเข้ามารักษาซ้ำ แพทย์ผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.1 ความแตกต่างของพฤติกรรม การดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้รูปแบบฯ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งจะเห็นว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการพยาบาลในระบบปกติ ซึ่งอาจ ไม่ครอบคลุมทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องในระยะเวลาที่จำกัด ประกอบกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการทบทวนความรู้จาก คู่มือ ไม่มีโอกาสซักถามรายละเอียดเพิ่มเติม ไม่มีการเชื่อม ประสานกับครอบครัวและชุมชน ในการจัดสิ่งแวดล้อมให้ เอื้อต่อการลดอาการหอบเหนื่อยกำเริบ หรือการฝึกทักษะ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขาดการเสริมพลัง ด้วยการ ให้รางวัลและการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จึงทำให้ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติผลการวิจัยนี้

2.2 ความแตกต่างของความรุนแรงของโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังหลังการใช้รูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ผลการวิจัย ดังนี้ 1) ความรุนแรงของโรคที่วัด จากค่าปริมาตรของอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีแรก (FEV1) พบว่า หลังใช้รูปแบบฯกลุ่มทดลอง มี ค่า FEV1 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 จากข้อมูลจะเห็นว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในชุมชนที่ครอบคลุมปัจจัย ทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มี เพียงการได้รับความรู้และคำแนะนำบางส่วนตามแนว ทางการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาล เชียงม่วน โดยขาดการทบทวนความรู้ ขาดการสร้างการ รับรู้ความรุนแรง ส่งผลให้กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ตระหนัก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังไม่ได้ แก้ไขปัญหา ที่มีสาเหตุจาก ปัจจัยเอื้อซึ่ง หมายถึง

สิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมถึงนโยบายกฎเกณฑ์ที่ส่งผลต่อภาวะ สุขภาพ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมในครัวเรือน ควันไฟ จากการหุงต้มอาหาร ควันไฟจากการเผาป่า เผาขยะใบไม้ ไม่ได้รณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร นโยบายและขาดการ ฝึกทักษะทั้ง 8 ด้านอย่างต่อเนื่อง และในด้านปัจจัยเสริม สิ่งสำคัญคือ การเสริมพลัง สร้างแรงจูงใจในการให้ผู้ป่วย รู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการปฏิบัติตัว ซึ่งไม่ได้มีรูปแบบ การดูแลสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบจึงทำให้ผลลัพธ์ด้าน พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อค่า FEV1 ที่ไม่ เปลี่ยนแปลง ส่วนกลุ่มทดลองมีการดำเนินตามรูปแบบฯ ครบ ทำให้ค่า FEV1 แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ 2) ความรุนแรงของโรคที่จำแนกเป็น ระดับช่วงค่า FEV1ตามแนวทาง GOLD (2014) พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรค ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่ง จากเกณฑ์จำแนกระดับ ช่วงค่าของFEV1ตามแนวทาง GOLD (2014) จะเห็นว่าค่า FEV1 ต้องมีการเปลี่ยนแปลงมากพอถึงจะทำให้ เปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงจากระดับ3(severe) เป็น ระดับ2(moderate)ได้ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่นานและต่อเนื่อง ทั้งนี้กลุ่มเปรียบเทียบที่ ไม่ได้ใช้รูปแบบพบว่ามีไม่มีการเปลี่ยนระดับความรุนแรง ได้โดยทั้ง30 ราย ส่วนกลุ่มทดลองยังสามารถเปลี่ยนระดับ ความรุนแรงได้ 2 รายจาก 30 รายมาเป็นระดับ2 ซึ่งจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษา เปรียบเทียบดังกล่าว

2.3 ความแตกต่างของการกลับเข้ามารักษาซ้ำ แพทย์ ผู้ป่วยในภายใน 28 วันหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการวิจัย พบว่า การกลับเข้ามารักษาซ้ำแพทย์ผู้ป่วยในภายใน 28 วัน หลังใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่ม เปรียบเทียบ เมื่อนำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกัน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเข้ารับรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 3.33 ในขณะที่กลุ่ม เปรียบเทียบมีการเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 10.00 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เนื่องด้วย 1 ราย ที่มีอาการหอบเหนื่อยกำเริบยังเป็นบ่อย และพบว่า ได้รับควันทบหรือมือสองจากบุตรชายซึ่ง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

มีอาการทางจิต ที่ยังไม่สามารถคลี่คลายลงได้อย่าง ต่อเนื่องประกอบกับพยาธิสภาพของโรคความรุนแรง ระดับซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ช้า ต้องใช้ระยะเวลา ทดลองที่มากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการ ศึกษาของจิรากรณ์ พรหมินทร์ (2551) ⁽⁴⁾ เรื่องผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อ การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแล ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลฝาง จังหวัด เชียงใหม่ซึ่งพบว่า ภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม ส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก มีค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ สิริกุล (2557) ⁽⁶⁾ เรื่องผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุ โขทัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่า อัตราการเข้ารับรักษาซ้ำ ก่อน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุด กั้นเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน

พื้นที่อำเภอเชียงม่วน และเป็นต้นแบบให้แก่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ในจังหวัดพะเยา ในการดูแล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะ นำไปสู่การลดอัตราการเข้ารับรักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยในภายใน 28 วัน 28 วัน และจะส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังในพื้นที่อำเภอเชียงม่วน มีประสิทธิผลใน การทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการลดอัตราการเข้ารับรักษาซ้ำแผนกผู้ป่วยใน ภายใน 28 วัน จึงควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังอื่นๆ ที่มีอุบัติการณ์สูงในอำเภอเชียงม่วน จังหวัด พะเยา เช่น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นต้น ควรจะศึกษา ติดตามต่อไปในระยะยาว ทุก 3-6 เดือน เพื่อติดตามผลที่ ต่อเนื่อง สามารถนำมาวางแผนในการจัด บริการเชิงรุกให้ มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. World health statistic. 2009. Available from: URL: <http://who.int/respiratory/copd/en>.
2. เมธิณี เกตวาทิมาต. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาล สระบุรี. สระบุรี:วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 2558, หน้า149-63.
3. กตัญญู โหม้มาลี. โปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสิริขุม (รายงานการศึกษา อีกระบวนวิธีแบบฉบับจิตไม่ได้ตีพิมพ์). ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555
4. จิรากรณ์ พรหมินทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการดูแล ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอกระบวนวิธีแบบฉบับจิตไม่ได้ตีพิมพ์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551
5. Green, L. W., & Kreuter, M. W. Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). New York: McGraw-Hill. 2005.
6. เพ็ญศิริ สิริกุล. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทแบบฉบับจิตไม่ได้ตีพิมพ์). นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2557

ผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

The Effects of a Model Slowing the Progression of Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease at

Neonmaprang District, Phitsanulok Province

ละอองดาว ทับอาจ¹, มุกดา หนูยศศรี², สมโภช รติโอพาร³

Laongdao Tubart¹, Mukda Nuysri², Sompoch Rationan³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระลอกหลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (อัตราการกรองของไต 30 - 59 มิลลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร) อายุ 30 - 70 ปี มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง (กลุ่มทดลอง) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังโพรง (กลุ่มเปรียบเทียบ) อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการศึกษาโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดแบบจำลองฟรีสิด-โพสิด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก 2) ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 4) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ 5) พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วน 2, 3, 4 และ 5 เท่ากับ 0.715, 0.742, 0.832 และ 0.785 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที่ สถิติวิลคอกชันซายน์แรงค์ และสถิติแมนวิทนียยู

ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม หลังใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและ ไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง อัตราการกรองของไตและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและ ไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการชะลอไตเสื่อม, ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to compare knowledge and perception of chronic kidney disease (CKD), self care behaviors to slow kidney failure, glomerular filtration rate (GFR), levels of blood pressure and fasting blood sugar (FBS) of patients with stage 3 CKD before and after experiment in the experimental group and between experimental and comparison group after experiment. The sample comprised patients with stage 3 CKD (eGFR 30 - 59 ml /min /1.73 m²) who attended at chronic disease clinic in Wangyang health promoting hospital (experimental group) and Banthungyow with Wangprong Health Promoting hospital (comparison group) Neonmaprang District, Phitsanulok Province. They were selected by the purposive sampling technique as the criteria into the experimental group (n = 27) and the comparison group (n = 27) respectively. The experimental tool was the model to slow the progression of patients with stage 3 chronic

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

kidney disease based on the PRECEDE-PROCEED model. The data collection tool was questionnaire with five parts: 1) general data and clinical data, 2) knowledge of CKD, 3) perception about risk of CKD, 4) perception of the severity of complications, and 5) self care behaviors to slow kidney failure. The reliability of parts 2-5 were 0.715, 0.742, 0.832, and 0.785 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxon signed rank test, and Mann-Whitney U test.

The research findings were as follows. 1) Knowledge and perception of risk of CKD, self care behaviors to slow kidney failure of the experimental group after experiment were significantly higher than before ($p < .05$) and the levels of systolic and diastolic blood pressure after the experiment were significantly lower than before ($p < .05$). There was no statistical significant difference of the perception in the severity of complications, GFR and the level of FBS of the experimental group between before and after the experiment ($p > .05$). 2) After the experiment, knowledge and perception of CKD, self care behaviors to slow kidney failure and GFR of the experimental group were significantly higher than the comparison group ($p < .05$) and the levels of systolic and diastolic blood pressure were significantly lower than the comparison group ($p < .05$). There was no statistical significant difference of the level of FBS in the experimental group and the comparison group after the experiment ($p > .05$).

Key Words: Slowing the Progression of Chronic Kidney Disease Model, Patients with Chronic Kidney Disease

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โรคนี้เป็นโรคไร้เชื้อเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เมื่อเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานให้เห็นการสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มเกือบ 10 เท่า จาก 1,053 คน ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 13,308 คน ในปี พ.ศ. 2553 คิดประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาทดแทนไตเป็นจำนวนเงินกว่า 3,500 ล้านบาทต่อปี และที่น่าวิตกคือคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นเป็น 35,594 คน ในปี พ.ศ. 2560 หากไม่มีมาตรการในการป้องกันและการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ดีพอ^(1,2) รายงานว่าเมื่อปลายปี พ.ศ. 2548 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

15,736 ราย และมีผู้ป่วยใหม่ที่ต้องฟอกเลือด รวม 6,792 คนต่อปี ผู้ป่วยใหม่ที่ล้างไตทางหน้ามี 388 คนต่อปี ซึ่งสถิติดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2550-2552 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 25,457, 31,496 และ 35,112 คน ตามลำดับ และปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นเป็น 58,385 คน จากข้อมูลปี พ.ศ. 2559 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ผู้ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 คน ขั้นตอนในการรักษายุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 2 แสนบาทต่อคน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีเพียงปีละ 400 คนเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัด คือ ขาดแคลนผู้บริจาคไต ผู้ป่วยจึงต้องรักษาเพื่อยืดอายุโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างของเสียออกทางหน้าท้อง โดยในปี พ.ศ. 2556 ที่ผ่านมาได้ใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾

สาเหตุและกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจากการสรุปผล Service Plan สาขาไตเขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2560 จังหวัดพิษณุโลกพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 36,905 คน พบเป็นโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 3 ร้อยละ 39.93 ซึ่งมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 77.03 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.86 สาเหตุอื่นๆและไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 8.11 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 768 คน⁽³⁾

จากการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อของ รพ.สต. ว่างยางปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวนทั้งสิ้น 7 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 162.41 ต่อแสนประชากร (มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ต้องได้รับการฟอกไตด้วยวิธี CAPD และ Hemodialysis จำนวน 2 คน คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ 46.40 ต่อแสนประชากร และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 1 คน ซึ่งจากการประเมินภาวะแทรกซ้อนประจำปี พ.ศ. 2560 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 410 คน ได้รับการตรวจคัดกรองเครียตินิน 388 คน คิดเป็นร้อยละ 94.63 พบผู้ป่วยแบ่งตามระยะความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังได้ดังนี้ อัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate, GFR) stage 1 จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 42.01 stage 2 จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 31.44 stage 3 จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 21.91 (ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 71-80 ปี ร้อยละ 39.28 และอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 33.33) stage 4 จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.84 และ stage 5 จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.80 นอกจากนี้ยังพบว่า มีสาเหตุเฉพาะที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การพบโรคนี้ทางเดินปัสสาวะและปัญหาเรื่องการใส่ยาแก้ปวดแก้แอสบ (โดยเฉพาะการซื้อยารับประทานเอง) การดื่มน้ำในปริมาณที่น้อยเกินไป สาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย คือ การเข้าถึงข้อมูลหรือการสื่อสารต่างๆ ก่อนข้างจำกัด รวมทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ มี

ทัศนคติและการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง⁽⁴⁾ ในปัจจุบันแม้ว่ารัฐจะพยายามให้การบริการรักษาพยาบาลบำบัดทดแทนไตแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง แต่การดูแลรักษาดังกล่าวเป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าแนวทางที่ถูกต้องควรเน้นไปที่การป้องกันโรคมามากกว่าการดูแลรักษา และในขณะที่เดียวกันก็พบว่าผู้ป่วยที่มาขอรับบริการจากแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มักจะเป็นโรคไตเรื้อรังในระดับที่สูงแล้วทั้งนั้น (ระดับ 4 หรือระดับ 5 จากการแบ่งระดับของผู้ป่วยโรคไต 5 ระดับ) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระดับต้นๆ มักจะอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลชุมชน โดยสาเหตุอีกส่วนหนึ่งเกิดจากกลุ่มผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะไตเสื่อมหรือเป็นโรคไตเรื้อรัง และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในคลินิกบริการโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยในเขตตำบลวังยางขาดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังและชะลอการเกิดภาวะไตเสื่อม ผู้ป่วยบางส่วนมีความวิตกกังวลว่า ภาวะไตเสื่อมของตนเองจะรุนแรงขึ้นจนเข้าสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งนอกจากจะรักษาไม่หายแล้ว ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากและในที่สุดก็จะเสียชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีในการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อม เช่น แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ไตเสื่อมช้าลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ไตเสื่อมช้าลง มีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบจำลองพรีสิด-โพสิด (PRECEDE-PROCEED Framework) ของกรีน และครูเตอร์^(5,6) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมปัจจัยที่มีความสำคัญกับตัวบุคคล 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่ง

เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในชุมชน และจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมที่ครอบคลุมปัจจัย 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการใช้ยา และการออกกำลังกาย ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ซึ่งครอบคลุมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการใช้ยา การออกกำลังกาย และปัจจัยเสริม ได้แก่ การเสริมแรงใจด้วยการให้รางวัลรายกลุ่มและรายบุคคลที่เป็นบุคคลต้นแบบ การเยี่ยมบ้านโดยคณูดูแลไตและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นนิสัย รวมทั้งทำการติดตามประเมินผลจากการนำความรู้และทักษะไปปฏิบัติ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้ ร่วมกับการพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง การเสริมแรงใจด้วยการให้รางวัล การเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและช่วยชะลอความเสื่อมของไตเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ที่ต้องรับการบำบัดรักษาทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้และอาจเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร นอกจากนี้ยังเป็นภาระหนักทั้งต่อครอบครัวและชุมชนอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบการชะลอไตเสื่อมฯ

2. เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังใช้รูปแบบการชะลอไตเสื่อมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังใช้รูปแบบ (Two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของ อ. เนินมะปราง จ.พิจิตรโลก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) วังยาง รพ.สต.บ้านทุ่งยาว และรพ.สต. ตำบลวังโพรง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงและรับยาในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อายุระหว่าง 30 - 70 ปี พูดคุยและฟังภาษาไทยรู้เรื่อง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่ รพ.สต.วังยาง และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับบริการที่ รพ.สต.บ้านทุ่งยาว และรพ.สต.วังโพรง ได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 27 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับ
บริการและการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) รูปแบบ
การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของ
อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ใช้แนวคิด
แบบจำลองฟรีสิด-โพรสิด ครอบคลุมปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่
1) ปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้และการสร้างการรับรู้
เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพัฒนา
ทักษะในการดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต
และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การเสริมแรงจิตใจ รูปแบบการ
ชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ประเภท (1) การให้ความรู้เรื่อง
โรคไตเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แผนการสอน
เรื่องโรคไตเรื้อรัง การออกกำลังกายเพื่อชะลอไตเสื่อม
อาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม และการรับประทานยาและการ
ใช้ยาเพื่อชะลอไตเสื่อม วิดีทัศน์เรื่องโรคไตเรื้อรัง คู่มือ
ชะลอไตเสื่อม บันทึกรักภัยไต วนิลเรื่องโรคไตเรื้อรัง
โปสเตอร์เรื่องอาหาร โมเดลอาหาร ปฏิทินยา ตัวแบบ
ด้านลบ (2) การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโดย
การเสนอตัวแบบด้านลบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย
การจัดให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไต
ผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและครอบครัวมาแล้ว
ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความรู้สึกเมื่อป่วย
เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (3) การพัฒนาทักษะใน
การดูแลตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เครื่องมือที่
ใช้ประกอบด้วย ผู้สาธิตการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่
แพทย์ โภชนากร เกษัชกร พยาบาลวิชาชีพ เกมอ่าน
ฉลากโภชนาการ เกมเลือกอาหาร เกมจัดอาหาร สาธิต
การออกกำลังกายด้วยยางยืด ออกกำลังกายร่วมกันทุก
ครั้งเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และ (4) การเสริมแรงจิตใจ
เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย คู่มือดูแลไตและเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข รางวัลสำหรับกลุ่มที่ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย
และบุคคลต้นแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถามผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของอำเภอเนินมะปราง จังหวัด
พิษณุโลกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน
ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 20 ข้อ เป็น
คำถามเลือกตอบและเติมคำ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไต
เรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 2
ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนและการดำเนินของโรคสู่ภาวะไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้าย จำนวน 6 ข้อ และการรับรู้ความรุนแรงของ
ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4
พฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมประกอบด้วย
4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 24 ข้อ
ด้านการรับประทานยาและการใช้ยา จำนวน 12 ข้อ ด้าน
การออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ และการดูแลตนเองเพื่อ
ชะลอไตเสื่อม จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 46 ข้อ เป็น
คำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติน้อยมาก-
ปฏิบัติทุกครั้ง ให้คะแนนตอบ 1-5 คะแนน แปลผล
แบบสอบถามส่วนที่ 2 จากคะแนน ดังนี้ สูง (17-20)
ปานกลาง (12-16) ต่ำ (ต่ำกว่า 12) และส่วนที่ 3 และ 4
จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (4.50-5.00)
มาก (3.50-4.49) ปานกลาง (2.50-3.49) น้อย (1.50-2.49)
และน้อยที่สุด (1.00-1.49)

2.2 เครื่องมือทางการแพทย์ ได้แก่ 1) อุปกรณ์ที่
ใช้ในการเจาะเลือดตรวจหาระดับแคเรียตินินและน้ำตาล
ในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ส่งตรวจที่ห้องตรวจทาง
ปฏิบัติการโรงพยาบาลเนินมะปราง 2) เครื่องมือที่ใช้วัด
ความดันโลหิต ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด
ดิจิทัล ยี่ห้อ Pangao รุ่น PG-800B5 3) เครื่องวัดระดับ
น้ำตาลในเลือด ได้แก่ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด
ยี่ห้อ Accu-Chek รุ่น Performa และอุปกรณ์เจาะเลือด
ปลายนิ้ว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือ
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาส่วนที่ 2, 3 (รับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรง) และ 4 ได้เท่ากับ 0.92, 0.91, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งไผ่ มีค่า KR20 ของส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.715 และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของส่วนที่ 3 (รับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรง) และ 4 เท่ากับ 0.742, 0.832 และ 0.785 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 10/2560 ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง ได้รับความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง และตัวแทนด้านลบและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินกิจกรรมของโครงการ จัดทำจดหมายขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษากลับกลุ่ม การมีสิทธิ์ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา รวมทั้งจัดทำเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนใช้รูปแบบ 1) จัดทำรูปแบบและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2) ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ 3) ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอ 4) ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง 5) เตรียมวิทยากร 6) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนัดหมายให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมาที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่ง เพื่อตอบแบบสอบถามเจาะเลือดหาระดับแคโรติทิน ค่าความอัตรการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2. ระยะใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยทำกิจกรรมกลุ่มจำนวน 8 ครั้ง โดยกิจกรรมในครั้งที่ 1-4 (สัปดาห์ที่ 1-4) เป็นการให้ความรู้ สร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สร้างทักษะเรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้ยา และการปฏิบัติตัวอื่นๆ เพื่อชะลอไตเสื่อม ครั้งที่ 5-7 (สัปดาห์ที่ 5, 7 และ 9) เป็นการติดตามประสบการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนในการนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 9 มีการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับแคโรติทิน และคำนวณอัตรการกรองของไต ประเมินระดับความดันโลหิต ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ครั้งที่ 8 (สัปดาห์ที่ 10) สรุปและประเมินผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อม และมอบรางวัลบุคคลดีเด่นในการชะลอไตเสื่อม และช่วงสัปดาห์ที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อลดชนิดของเครื่องปรุงรสที่กลุ่มทดลองใช้ในการปรุงอาหาร (Clean Kitchen) โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปรุงอาหาร จากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ติดตามการลงบันทึก การรับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 กลุ่มดูแลไตดูแลติดตามกลุ่มทดลองเพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ติดตามการลงบันทึกของกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเจาะเลือดปลายนิ้ว เพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกลงในบันทึกกรณียาทุกสัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลที่ให้บริการในระบบบริการปกติจากคลินิกโรคเรื้อรังของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งยาว และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังโพรง

3. ระยะเวลาหลังใช้รูปแบบ กลุ่มทดลอง ประเมินผล
การใช้รูปแบบฯ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว
ตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต เจาะเลือดตรวจ
ระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจเคียวตินินและค่าอัตราการ
กรองของไต และบันทึกลงในแบบบันทึกกรัษไต ผู้วิจัย
และกลุ่มทดลองร่วมกันสรุปผลการเรียนรู้ วิเคราะห์
ผลสำเร็จของการดูแลตนเอง เสริมแรงใจ โดยการให้
รางวัลรายกลุ่มและรายบุคคล และกล่าวขอบคุณกลุ่ม
ทดลองที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย *กลุ่มเปรียบเทียบ*
ประเมินผลการได้รับบริการโดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัด
รอบเอว ตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต เจาะ
เลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจเคียวตินินและค่า
อัตราการกรองของไต และบันทึกลงในแบบบันทึก
ข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการ
ปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม มอบคู่มือชะลอไตเสื่อม และ
กล่าวขอบคุณกลุ่มเปรียบเทียบที่ให้ความร่วมมือในการ
วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test,
Independent t-test, Wilcoxon match pairs signed-rank
test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบมีเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน คือ
ร้อยละ 51.85 และร้อยละ 48.15 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมี
อายุเฉลี่ย 63.00 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 64.04 ปี
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพ
สมรสคู่ ร้อยละ 88.89 และร้อยละ 77.78 ตามลำดับ กลุ่ม
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 70.37 และร้อยละ 74.07 ตามลำดับ
กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.26
กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ

55.56 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มี
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท
ร้อยละ 100 และร้อยละ 62.96 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกใน
ครอบครัว 2-5 คน ร้อยละ 55.56 และร้อยละ 92.59
ตามลำดับ กลุ่มทดลองทั้งหมดและร้อยละ 85.19 ของ
กลุ่มเปรียบเทียบจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิการ
รักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มทดลอง
ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 48.15
ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นหัวหน้า
ครอบครัว ร้อยละ 74.07 กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสามี/ภรรยาเป็นผู้ดูแล ร้อยละ
74.07 และร้อยละ 59.26 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคไต
วายเรื้อรัง ร้อยละ 85.19 และร้อยละ 96.30 ตามลำดับ
กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ
การเจ็บป่วยของโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ
88.89 และร้อยละ 77.78 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วน
ใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ
48.15 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น
โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันใน
เลือดสูง ร้อยละ 25.93 กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการ
เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเฉลี่ย 7.11 ปี ส่วนใหญ่มี
ระยะเวลาการเป็นโรคประจำตัว 6-10 ปี ร้อยละ 44.45
กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคประจำตัว
เฉลี่ย 9.48 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคประจำตัว
6-10 ปี ร้อยละ 55.56 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ร้อยละ
88.89 และร้อยละ 59.26 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองมี
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 7.41 กลุ่มเปรียบเทียบมี
ภาวะตาพร่ามัว (เบาหวานขึ้นตา) ร้อยละ 18.52 กลุ่ม
ทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย
2.74 ปี กลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไต
เรื้อรังเฉลี่ย 2.15 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่
ได้รับยาอินาลาพริว (Enalapril) 5 มิลลิกรัม ร้อยละ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

62.69 และร้อยละ 51.85 ตามลำดับ ประสิทธิภาพใช้ยาอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้ยาชุดแก้ปวด ร้อยละ 25.93

2. ความแตกต่างของความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังฯ ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับต่ำและหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง โดยความรู้หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังฯ โดยรวมก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง และหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก โดยการรับรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังฯ ก่อนทดลองอยู่ในระดับสูงและหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังฯ ก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงและหลังใช้รูปแบบอยู่ใน

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง

ประเด็น (n=27)	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	12.77	2.63	ต่ำ	18.74	2.29	สูง	-4.338	0.000*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง								
โอกาสเสี่ยง	4.24	0.76	สูง	4.65	2.99	สูงมาก	-2.420	0.016*
ความรุนแรง	4.38	0.68	สูง	4.50	0.46	สูงมาก	-0.183	0.855
โดยรวม	4.33	0.65	สูง	4.56	0.33	สูงมาก	-0.716	0.474
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม								
การรับประทานอาหาร	3.36	0.37	ปานกลาง	4.23	0.26	มาก	-4.446	0.000*
การรับประทานยา	4.24	0.36	มาก	4.50	0.53	มากที่สุด	-2.671	0.008*
การออกกำลังกาย	2.37	0.98	น้อย	4.22	0.73	มาก	-4.451	0.000*

ระดับสูงมากแต่ไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมก่อนและหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก โดยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าเฉลี่ยค่าอัตราการกรองของไตก่อนและหลังใช้รูปแบบอยู่ในระยะที่ 3a โดยค่าอัตราการกรองของไตหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบแต่ไม่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับเริ่มสูงกว่าปกติ และหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปกติ โดยความดันโลหิตซิสโตลิกหลังใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับเหมาะสม โดยความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนใช้รูปแบบสูงกว่าหลังใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปกติ โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังใช้รูปแบบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1 และ 2

ประเด็น (n=27)	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
การปฏิบัติตัวอื่นๆ	3.91	0.57	มาก	4.58	0.57	มากที่สุด	-3.225	0.001*
โดยรวม	3.51	0.28	มาก	4.33	0.24	มาก	-4.541	0.000*
ความดันโลหิต								
ซิสโตลิก	135.30	13.45	เริ่มสูง กว่าปกติ	125.00	13.55	ปกติ	3.199	0.004*
ไดแอสโตลิก	76.70	10.13	เหมาะสม	71.44	9.43	เหมาะสม	2.951	0.007*
ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (n=7)	132.71	81.14	สูง	106.57	28.75	ค่อนข้างสูง	-0.734	0.463

*p-value<.05

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของอัตราการกรองของไต ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ
ของกลุ่มทดลอง

อัตรา การกรองของไต	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			t	p- value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
อัตราการกรองของไต	49.72	8.88	ระยะที่ 3a	50.60	12.34	ระยะที่ 3a	-0.342	0.735

*p-value<.05

3. ความแตกต่างของความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังฯ อยู่ในระดับสูง กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ กลุ่มทดลองมีการรับรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังฯ โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก กลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังฯสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก รายด้านอยู่ในระดับมากและมากที่สุด กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวมหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ราย

ด้านอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3a กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3b ซึ่งอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม กลุ่มเปรียบเทียบมีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับสูง ระดับที่ 1 มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในระดับปกติ โดยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3 และ 4

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อชะลอไตเสื่อม ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้รูปแบบจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็น	กลุ่มทดลอง (n=27)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=27)			Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง	18.74	2.29	สูง	11.40	2.67	ต่ำ	-5.917	0.000*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง								
โอกาสเสี่ยง	4.65	2.99	สูงมาก	3.39	0.79	ปานกลาง	-5.620	0.000*
ความรุนแรง	4.50	0.46	สูงมาก	3.85	0.92	สูง	-3.185	0.001*
โดยรวม	4.56	0.33	สูงมาก	3.68	0.82	สูง	-4.627	0.000*
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม								
การรับประทานอาหาร	4.23	0.26	มาก	3.39	0.38	ปานกลาง	-5.929	0.000*
การรับประทานยา	4.50	0.53	มากที่สุด	3.90	0.45	มาก	-4.575	0.000*
การออกกำลังกาย	4.22	0.73	มาก	2.17	1.00	น้อย	-5.613	0.000*
การปฏิบัติตัวอื่นๆ	4.58	0.57	มากที่สุด	3.79	0.83	มาก	-3.543	0.000*
โดยรวม	4.33	0.24	มาก	3.40	0.32	ปานกลาง	-6.074	0.000*
ความดันโลหิต								
ซิสโตลิก	125.00	13.55	ปกติ	141.26	13.99	สูงระดับที่ 1	-3.897	0.000*
ไดแอสโตลิก	71.44	9.43	เหมาะสม	81.07	9.75	ปกติ	-3.674	0.000*

*p-value < .05

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของอัตราการกรองของไตหลังใช้รูปแบบจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

อัตราการกรองของไต	กลุ่มทดลอง (n=27)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=27)			t	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
อัตราการกรองของไต	50.60	12.34	ระยะที่ 3a	43.79	11.49	ระยะที่ 3b	2.098	0.041*

*p-value < .05

สรุปและอภิปรายผล

1. ความแตกต่างของความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม และอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้รูปแบบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังฯ หลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =

18.74, S.D. = 2.29) ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ (\bar{X} = 12.77, S.D. = 2.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยใช้รูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีทั้งภาพและเสียงที่กระตุ้นให้เกิดความสนใจ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ

โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงเกิดความตั้งใจที่จะเรียนรู้ มีการแบ่งกลุ่มย่อย ร่วมกันวิเคราะห์วีดิทัศน์ ด้วยการแสดงความคิดเห็นหรือสะท้อนความคิดความรู้สึกในแต่ละกลุ่ม จึงมีโอกาสดำเนินทบทวนความรู้จากการฟังการบรรยายและคู่มือวีดิทัศน์ ทั้งยังได้แลกเปลี่ยนความรู้กับสมาชิกในกลุ่ม จึงเสริมให้มีความเข้าใจเรื่องโรคไตเรื้อรังมากขึ้น มีการทบทวนความรู้ด้านต่างๆเป็นระยะด้วยสื่อวีดิทัศน์ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังได้รับคู่มือชะลอไตเสื่อมไปศึกษาต่อที่บ้าน สามารถอ่านทำความเข้าใจได้ตามความต้องการ นอกจากนี้ยังมีการเสริมแรงใจด้วยการให้รางวัลรายกลุ่ม สอดคล้องกับศึกษาของ สร้อยฟ้า สีสมุทรและคณะ (2559)⁽⁷⁾ ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (2550)⁽⁹⁾ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังฯ หลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.56, S.D. = 0.33$) ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.65$) โดยการรับรู้ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้โดยทีมสหวิชาชีพ จึงมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไตเรื้อรังฯ ทั้งยังได้ทราบประสบการณ์จากตัวแบบด้านลบ คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไตผ่านทางช่องท้องและครอบครัวยุติประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและอื่นๆ การได้รับฟังประสบการณ์จากคนอื่นและมีโอกาสพูดคุยซักถามกับตัวแบบด้านลบ ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวที่ตนเองเป็นและโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แล้วให้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของตนเอง หลังจากนั้นอภิปรายร่วมกัน เพื่อสรุปภาวะคุกคามของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงมาก สอดคล้องกับศึกษาของ สร้อยฟ้า สีสมุทร และคณะ (2556)⁽⁸⁾ ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (2550)⁽⁹⁾ มี

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.24$) ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 3.51, S.D. = 0.28$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้และสาริตการปฏิบัติโดยทีมสหวิชาชีพ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์จากคู่มือดูแลไต มีการลงบันทึกพฤติกรรมลงในบันทึกกรณีย์ไตทุกวัน ประกอบกับมีการติดตามวิเคราะห์ความเหมาะสมของพฤติกรรมให้ผู้ป่วยรับทราบทุกสัปดาห์โดยผู้วิจัย จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของ สร้อยฟ้า สีสมุทร (2556)⁽⁸⁾ จินตนา หามาลี และคณะ (2556)⁽¹⁰⁾ และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตหลังใช้รูปแบบอยู่ในระยะที่ 3a ($\bar{X} = 50.60, S.D. = 12.34$) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 49.72, S.D. = 8.88$) แต่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังฯ และมีการทบทวนความรู้เป็นระยะ ทำให้มีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังฯมากขึ้น มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังฯอยู่ในระดับสูงมาก ให้ ความสำคัญของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม มีการลงบันทึกพฤติกรรมลงในบันทึกกรณีย์ไต มีคู่มือติดตามกลุ่มทดลองเพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ติดตามการลงบันทึกของกลุ่มตัวอย่างและเจาะเลือดปลายนิ้ว วัดระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกลงในบันทึกกรณีย์ไตทุกสัปดาห์โดยคู่มือดูแลไตที่ผ่านการอบรม ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุขในสัปดาห์ที่ 4, 8 เพื่อกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ติดตามการลงบันทึกอัตราการกรองของไตจึงดีขึ้น แต่การศึกษาผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาจึงทำให้ไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไตที่ชัดเจน สอดคล้องกับศึกษาของ สร้อยฟ้า สีสมุทร และคณะ (2559)⁽⁷⁾

2. ความแตกต่างของระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้

รูปแบบ ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 125.00$, S.D. = 13.55) และความดันไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{X} = 71.44$, S.D. = 9.43) โดยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบ ($\bar{X} = 135.30$, S.D. = 13.45 และ $\bar{X} = 76.70$, S.D. = 10.13 ตามลำดับ) โดยความดันโลหิตหลังใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รูปแบบฯ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากกลุ่มดูแลโรคไตทุกสัปดาห์เพื่อตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต มีการทบทวนและกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้น อีกทั้งยังได้ขาดความดันโลหิตและรับประทานยาต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบ สอดคล้องกับศึกษาของปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (2550)⁽⁹⁾ มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชม.หลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 86.33$, S.D. = 22.27) ต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบที่อยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 92.74$, S.D. = 46.74) แต่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.07 ระยะเวลาเฉลี่ยการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว 7.11 ปี การให้ความรู้ในเรื่องอาหารจะเน้นไปที่การรับประทานอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม ไม่นั้นในส่วนของอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานบางส่วนไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาได้ระยะหนึ่งแล้ว การเปลี่ยนแปลงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 10 สัปดาห์ ตามระยะเวลาการศึกษาผลของรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาทำให้ไม่เห็นผลทางคลินิกที่ชัดเจน สอดคล้องกับศึกษาของ สร้อยฟ้า สีสุมทรและคณะ (2559)⁽⁷⁾

3. ความแตกต่างของความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

และอัตราการกรองของไตหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 18.74$, S.D. = 2.29) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 11.40$, S.D. = 2.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.33) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.68$, S.D. = 0.82) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = 2.99 และ $\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.46 ตามลำดับ) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.79 และ $\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.92 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 0.24) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะที่ 3a ($\bar{X} = 50.60$, S.D. = 12.34) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระยะที่ 3b ($\bar{X} = 43.79$, S.D. = 11.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากหลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้น การรับรู้สูงขึ้น พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้น จึงส่งผลให้อัตราการกรองของไตสูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สหรัฐ แก้วหมื่นคราม (2556)⁽⁸⁾ ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (2550)⁽⁹⁾ จินตนา หามาดี และคณะ (2556)⁽¹⁰⁾

4. ความแตกต่างของความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 125.00$, S.D. = 13.55) และความดันไดแอสโตลิกอยู่ในระดับเหมาะสม ($\bar{X} = 71.44$, S.D. = 9.43) ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 141.26$, S.D. = 13.99 และ $\bar{X} =$

81.07, S.D. = 9.75 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับที่ระดับ .05 เนื่องจากหลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีความรู้สูงขึ้น การรับรู้สูงขึ้น มีการกระตุ้นจากการติดตามเยี่ยมบ้านจากคหบดีดูแลไตทุกสัปดาห์ ทำให้มีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมดีขึ้น ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ (2550)⁹⁾ มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 86.33$, S.D. = 22.27) ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 107.67$, S.D. = 51.07) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ยังไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชม. ให้เกิดความแตกต่างได้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบอาจมีสาเหตุมาจากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ รพ.สต. ใน อ. เนินมะปรางใช้แนวทางการปฏิบัติเดียวกันทั้งอำเภอ จึงมีกิจกรรมในคลินิกไม่แตกต่างกัน แต่การดูแลในชุมชนแตกต่างกัน นอกจากนี้แผนงาน โครงการที่ดำเนินงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ อ. เนินมะปรางมีการดำเนินงานเป็นภาพรวมที่คล้ายกันทั้งอำเภอทำให้งิจกรรมไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ซึ่งรวมถึงผลของระดับ

น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชม. ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อยฟ้า สีสุมทร และคณะ (2559)⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำรูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อชะลอไตเสื่อมและป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และสร้างเครือข่ายในการนำรูปแบบไปใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิของจังหวัดพิษณุโลก เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของจังหวัดพิษณุโลก

2. ควรมีการคืนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบให้กับ รพ.สต. ที่รับผิดชอบเพื่อพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติมาก

3. ควรจะศึกษาติดตามต่อไปในระยะยาว ทุก 6 เดือน เพื่อติดตามความยั่งยืนของความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ตลอดจนติดตามการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองในระยะยาวแบบไปข้างหน้า ซึ่งจะช่วยให้ทราบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น สามารถนำมาวางแผนในการจัดบริการเชิงรุกให้มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อติพร อิงค์สาธิต. สถานการณ์โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ติรชนานกุล, เกรียง ตั้งสง่า, วิศิษฐ์ สิตปรีชา บรรณาธิการ. TEXTBOOK OF NEPHROLOGY. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนซ์เจอร์นัลพับลิเคชัน; 2554. หน้า 1904-1909.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2557 Hemodialysis Clinical Practice Recommendation 2014. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา; 2557.
3. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกลุ่มบริการสุขภาพโรคไตจังหวัดพิษณุโลก. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพกลุ่มบริการสุขภาพโรคไต จังหวัดพิษณุโลก; 7 ก.ค. 2560; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก; 2560.
4. จิโรจน์ ใจยอง. สรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง ปี 2560. พิษณุโลก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง; 2560. 07607. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

5. Green, L. W., & Kreuter, M. W. *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill. 2005.
6. สุรินทร กลัมพากร. กลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน. ใน: อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ, บรรณาธิการ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา. 2554. หน้า 71-92.
7. สร้อยฟ้า สีสมบุร, สมหวัง ช้อนงาม, นุชจรรย์ นุชวิสัย, และชิตชนก จันทร์ตรี. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขมิ้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. พิษณุโลก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขมิ้น ; 2559.
8. สหรัฐ แก้วหมื่นคราม. ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพัฒนาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบ้านฝ้อ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
9. ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในการสร้างเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามาริบัติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2550.
10. จินดนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วิเศษ และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์2557 ;34 :2 67-86.
11. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนอุลตราไวโอเร็ด; 2555.
12. อภาพร เผ่าวัฒนา. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ. ใน: อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ, บรรณาธิการ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา. 2554. หน้า 1-26.
13. เกรียง ตั้งสง่า. โรคไตเรื้อรัง. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประคิษฐ์พรศิลป์, ขจร ติรชนากุล, เกรียง ตั้งสง่า, วิศิษฐ์ สิตปรีชา บรรณาธิการ. TEXTBOOK OF NEPHROLOGY. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนซ์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2554. หน้า 1911-1949.

การดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ
ของพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโน้ ต่าบลนาโน้ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร

Participatory Ergonomics Intervention to Reduce Disorders of Skeletal and Muscles System in Rice Mills Workers In Naso Farmers Group, Naso sub-district, Kut Chum district, Yasothon province

นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่¹ เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹ จิรวุฒิ กุจะพันธ์

Niwat Wongyai¹ Petcherut Sirisuwan¹ Jirawoot Kujapun¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโน้ ต่าบลนาโน้ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโน้ จำนวน 30 คน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น โดยรวมเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง และลักษณะท่าทางการทำงานของพนักงาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

ผลการศึกษา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า พนักงานโรงสีข้าวมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการยศาสตร์ การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง มีท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดคอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพกคันทา หัวเข่า ข้อเท้าและข้อมือลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดข้อศอกลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมพนักงานด้านการดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างต่อเนื่อง และให้หัวหน้าหน่วยงานมีส่วนร่วมในการติดตามท่าทางการทำงานของพนักงานที่ถูกต้อง เพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ: การยศาสตร์, ท่าทางการทำงาน, พนักงานโรงสีข้าว

Abstract

This study was participatory action research. The objectives were study about effect of participatory ergonomics intervention to reduce disorders of skeletal and muscles system in rice mills workers in Naso farmers group, Naso sub-district, Kut Chum district, Yasothon province. The samples are the rice mills workers in Naso farmers group of 30 people. The tools to collected data were questionnaires, the reliability; Overall of Cronbach's alpha coefficient was 0.70. The statistics used in the studying consist of quantitative analysis with descriptive statistics and Paired Sample t-test for test the difference in mean of knowledge, Risk Perception, good and hazardous working posture in rice mills workers before and after joining the program.

Result: After joining the program the rice mills workers had the average score of knowledge about ergonomics, the average score of risk perception in hazardous working posture, the average score in good working posture increased statistically significant. And average score after joining the program in neck, shoulder, upper back, lower back, hip, knee and ankle pain decreased statistically significant, but the average score in pain elbow decreased is not statistically significant. So related agencies & organization should continuous training rice mills workers about good working posture, and head of workers should participatory intervention about checking and follow up worker's working posture to reduce disorders of skeletal and muscles system.

Keywords : Ergonomics, Working posture, Rice mills workers

¹ อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น มีการกระจายตัวของโรงงานอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ ลงไปสู่ภูมิภาคและชุมชน ตามนโยบายของรัฐที่มุ่งกระจายอุตสาหกรรมไปสู่ภูมิภาคและชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนผลิตและจำหน่ายสินค้า ตามศักยภาพของชุมชนนั้นๆ เพื่อให้ประชาชนมีงานทำ และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เพื่อเป็นการกระจายรายได้ลงสู่ชุมชนอย่างทั่วถึง ส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศให้ดีขึ้นและยั่งยืน จากการกระจายโรงงานอุตสาหกรรมลงสู่ในระดับภูมิภาคและชุมชน ส่งผลทำให้มีแรงงานภาคอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นมากตามมา⁽¹⁾

โรคจากการประกอบอาชีพ เป็น ปัญหา ระดับประเทศที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ โดยเฉพาะโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ กลุ่มอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นกลุ่มที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยหลักคือ การทำงานผิดปกติด้านการยศาสตร์ ได้แก่ การทำงานในท่าทางซ้ำๆ หรือการออกแรงเกินกำหนด รวมทั้งท่าทางที่ผิดธรรมชาติ ปัจจัยจากการทำงานเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เพิ่มการเกิดความผิดปกติของโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง คนทำงานสูญเสียรายได้ สูญเสียเวลาในการรักษา รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศเป็นอย่างมาก⁽²⁾ จากรายงานสถานการณ์โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ กระทรวงสาธารณสุข 3 ปีซ้อนหลังมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2557 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ จำนวน*16,207*คน ในปีพ.ศ. 2558 พบจำนวน 76,329 คน และในปีพ.ศ. 2559 พบจำนวน*83,690 คน⁽³⁾ จากรายงานสถานการณ์การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลยโสธร พบว่า ในปีพ.ศ. 2555 มีผู้เข้ารับบริการจำนวน 178,946 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2556 มีผู้เข้ารับบริการจำนวน 173,072 ครั้ง และในปีพ.ศ. 2557*มีผู้เข้ารับบริการ*จำนวน 183,515 ครั้ง⁽⁴⁾

โรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโนสำบนาโนอำเภออุดร จังหัดยโสธร ถือเป็นโรงงานอุตสาหกรรมชุมชนที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันของประชาชนในชุมชนเพื่อผลิตข้าวชนิดต่างๆ ทั้งข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ข้าวกล้องสามสีอินทรีย์ ข้าวไรซ์เบอร์รี่อินทรีย์ ข้าวหอมมะลิแดงอินทรีย์ ข้าวหอมมะลิปลอดสารพิษส่งขายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทำรายได้ให้กับชุมชนเป็นอย่างมาก กระบวนการทำงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโนสำบนาโน อำเภออุดร จังหัดยโสธร ประกอบด้วย การตากข้าวเปลือก การสีข้าว การคัดแยกสิ่งแปลกปลอมออกจากข้าว การบรรจุภัณฑ์ และจัดส่ง⁽⁵⁾ การทำงานที่ใช้แรงมากอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ ยังทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยและล้าได้*เนื่องจากการสะสมของกรดแลคติกงานที่ต้องโน้มตัว ก้มงย ยืนแขนห้ำงลำตัวเป็นเวลานาน และออกแรงในการยก เหล่านี้ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ⁽⁶⁾

จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาประจำปี ของพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโนสำบนาโน อำเภออุดร จังหัดยโสธร ในการเข้ารับบริการเกี่ยวกับอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทั้งการเข้ารับบริการนวดแผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโน และจากหมอพื้นบ้าน พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 พนักงานทั้งหมด 60 คน เข้ารับการรักษา 924 ครั้ง คิดเป็น 15 ครั้ง/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2558 พนักงานทั้งหมด 49 คน เข้ารับการรักษา 683 ครั้ง คิดเป็น 13 ครั้ง/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2559 พนักงานทั้งหมด 30 คน เข้ารับการรักษา 429 ครั้งคิดเป็น 14 ครั้ง/คน/ปี โดยในทุกปีพบว่า พนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาโนสำบนาโน อำเภออุดร จังหัดยโสธร เข้ารับบริการเกี่ยวกับอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานแต่ละรายมีจำนวนที่ลดลง ในปี พ.ศ. 2558 และเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 แต่ถึงอย่างไรจำนวนในการเข้ารับบริการเกี่ยวกับอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานก็ยังคงถือว่าเป็นจำนวนที่มากสำหรับแต่ละราย⁽⁷⁾ การดำเนินงานด้านการยศาสตร์ร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย ผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานโรงสีข้าว เพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของ

พนักงานในโรงสีข้าว ผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อพนักงานในการนำไปเป็นข้อมูลเพื่อป้องกันและลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ ตำบลนาโส่ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร และโรงสีข้าวในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ ตำบลนาโส่ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ ตำบลนาโส่ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ทำการศึกษาในพนักงานทั้งหมดที่ทำงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ ได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้างาน พนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ จำนวน 30 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้คือพนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ ตำบลนาโส่ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหาร หัวหน้างาน พนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ด้าน การยศาสตร์ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมและท่าทางในการทำงาน แบบประเมินระดับความเจ็บปวดร่างกาย

จากการทำงาน และแบบบันทึกการติดตามผลการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ และได้ทำการทดสอบเครื่องมือกับประชาชนที่ทำงานในโรงสีข้าวชุมชน หมู่ที่ 7 บ้านมะแหว ตำบลบึงงาม อำเภอกุดชุมเขาลง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.70 ด้านความรู้ด้านการยศาสตร์เท่ากับ 0.77 และด้านการรับรู้ความเสี่ยงเท่ากับ 0.80

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงแก่พนักงานในโรงสีข้าวเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย ขั้นตอนการจัด โปรแกรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ลงพื้นที่ดำเนินการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานเพื่อลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน ร่วมกับพนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่
3. ประชุมหารือกับผู้บริหาร หัวหน้างาน และพนักงานโรงสีข้าว*เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ภาวะการเจ็บปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงาน และวางแผนหารูปแบบการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามในส่วนของคุณค่าทั่วไป แบบวัดความรู้ด้านการยศาสตร์ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมและท่าทางในการทำงาน แบบประเมินระดับความเจ็บปวดร่างกายจากการทำงาน ของพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่
5. ติดตามท่าทางการทำงานและการชี้ตเหยียดกล้ามเนื้อของพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาโส่ โดยมอบหมายให้หัวหน้างานแต่ละแผนกเป็นผู้ติดตามในวันจันทร์ วันพุธ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ ส่วนคณะผู้วิจัยดำเนินการติดตามในวันอังคารและวันเสาร์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

6. จัดโปรแกรมสาธิตวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่ถูกต้องให้แก่พนักงานโรงสีข้าวแต่ละแผนก ในวันอังคารและวันเสาร์ของแต่ละสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์

7. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และการบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อเตรียมบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลและวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และระดับความเจ็บปวดร่างกายจากการทำงาน สถิติที่ใช้อธิบาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการยศาสตร์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำท่างในการทำงาน และระดับความเจ็บปวดร่างกายจากการทำงาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired Sample t – test

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรม

รายละเอียด	\bar{X}	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
ความรู้ด้านการยศาสตร์						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.17	1.62	6	12	14.275	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	14.53	1.04	10	15		
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	35.40	5.069	27	45	9.840	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	44.53	1.008	41	45		

**ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

จากตาราง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพนักงานมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการยศาสตร์เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value=0.000) และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value=0.000)

ผลการวิจัย

1. พนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาไต้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33*มีช่วงอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 73.33*อยู่ในตำแหน่งงาน*แม่บ้านคัดคุณภาพข้าว ร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์การทำงาน 5 - 10 ปี ร้อยละ 50.00 ทำงาน 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 70.00 ทำงาน 2 - 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.67 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.67 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 73.33 และออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 50.00

2. ผลของการดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานในโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนนานาไต้ ตำบลนาไต้ อำเภอกุดชุม จังหัดยโสธร

การเปรียบเทียบท่าทางการทำงานที่ถูกต้องก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ตาราง 2 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของท่าทางการทำงานที่ถูกต้องก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม

ท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง	\bar{X}	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
--------------------------	-----------	------	------	------	---	-----------

ท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง	\bar{x}	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
แผนกคัดคุณภาพข้าว						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.80	2.00	3	9	8.104	.000**
หลังเข้าร่วม โปรแกรม	10.00	.00	10	10		
แผนกสีข้าว						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.50	2.22	3	10	4.977	.001**
หลังเข้าร่วม โปรแกรม	10.00	.00	10	10		
แผนกธุรการ/การเงิน						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.60	3.05	3	10	2.493	.067
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	10.00	.00	10	10		

**ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกว่า 0.01

จากตาราง พบว่า แผนกคัดคุณภาพข้าว หลังเข้าร่วมโปรแกรมพนักงานแผนกคัดคุณภาพข้าวมีคะแนนเฉลี่ยท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value=0.000) แผนกสีข้าว หลังเข้าร่วมโปรแกรมพนักงานแผนกสีข้าวมีคะแนนเฉลี่ยท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value=0.000) แผนกธุรการ/การเงิน หลังเข้าร่วมโปรแกรมพนักงานแผนกธุรการ/การเงินมีคะแนนเฉลี่ยท่าทางการทำงานที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดร่างกายก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการดำเนินงานด้านการเกษตรอย่างมีส่วนร่วมเพื่อลดการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาได้

ตาราง 3 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดร่างกายก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม

ความเจ็บปวดร่างกาย	\bar{x}	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
คอ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.30	.65	0	2	3.042	.005*
หลังเข้าร่วม โปรแกรม	.80	.48	0	2		
ไหล่						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.63	.96	0	3	4.382	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.73	.52	0	2		
หลังส่วนบน						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.10	.84	0	2	5.835	.000*
หลังเข้าร่วม โปรแกรม	.20	.40	0	1		
ข้อศอก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.83	.83	0	3	1.943	.062
หลังเข้าร่วม โปรแกรม	.47	.50	0	1		
ข้อมือ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.97	.92	0	3	2.379	.024*

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 3 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดร่างกายก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม

ความเจ็บปวดร่างกาย	\bar{X}	S.D.	Min.	Max.	t	p – value
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.50	.50	0	1		
หลังส่วนล่าง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.13	.90	0	3	4.334	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.30	.46	0	1		
สะโพกค้ำขา						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.13	1.00	0	3	5.413	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.30	.40	0	1		
หัวเข่า						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.07	.94	0	3	4.252	.000*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.27	.45	0	1		
ข้อเท้า						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.90	.96	0	3	3.393	.002*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.30	.46	0	1		

*ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

จากตาราง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพนักงานมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดคอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพกค้ำขา หัวเข่า และข้อเท้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดข้อมือลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดข้อศอกลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป พนักงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของนงลักษณ์ ทศทิศ และคณะ (2553) ⁽⁸⁾ รายงานวิจัยเรื่อง ความทุกข์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดคอ ปวดไหล่ ในกลุ่มอาชีพตัดเย็บ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ*82.70* สอดคล้องกับผลงานวิจัยของวิวัฒน์ สังฆะบุตร และสุนิสา ชายเกลี้ยง (2556) ⁽⁹⁾ รายงานวิจัยเรื่อง*ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแรงงานนอกระบบกลุ่มตัดเหล็กปลอกเสา ระบบมือโยก*กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ*78.1 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของรุ่งทิพย์ พันธุ์เมธา

กุล และคณะ (2557) ⁽¹⁰⁾ รายงานวิจัยเรื่อง ความทุกข์ของภาวะความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในชาวนา : กรณีศึกษาตำบลศิลา อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.95*ไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของธีระพงษ์ ปรามสกุล และคณะ (2553) ⁽¹¹⁾ รายงานวิจัยเรื่อง การศึกษาอาการบาดเจ็บจากการทำงานก่อสร้างอาคารกรณีศึกษา หจก.เทคโนโลยีนิวเคลียร์ กลุ่มแรงงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78

หลังเข้าร่วมโปรแกรมพนักงานมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการยศาสตร์เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ (2559) ⁽¹²⁾ เรื่องการดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อ โครงสร้างกระดูก ในโรงงานยางแผ่นรมควัน จังหวัดระยอง พบว่า หลังการอบรมพนักงานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังเข้าร่วมโปรแกรมพนักงาน มีคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับผลงานวิจัยของนภมณ ยารวง และ โสภภาพรรณ อินตะเพือก (2559) ⁽¹³⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรชาวนา พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อจากการท่าทางการทำงาน แก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงสีข้าว โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางการทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพ วิธีการปรับท่าทางให้สอดคล้องกับลักษณะงาน การปรับสภาพงานให้เหมาะสมกับคนงาน การบริหารร่างกายอย่างถูกวิธีเพื่อลดอาการผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อ

2. พนักงานทั้ง 3 แผนก ยังคงมีอาการเจ็บปวดตามอวัยวะต่างๆ อยู่บ้าง จึงควรมีระยะเวลาในการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และยาวนานมากกว่านี้ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์แบบในการจัดโครงการ

3. ควรมีการใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จ มาเป็นผู้กระตุ้น ริเริ่มในการขยายผลไปยังรุ่นต่อไป

4. กลุ่มตัวอย่างแผนกขนย้ายจะมีลักษณะการทำงานต้องใช้แรงหรือกำลังในการทำงานมาก ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่ออาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เมื่อมีการทำงานท่าทางที่ไม่ถูกต้องในระยะเวลาอันยาวนาน ควรปรับสถานี

งานให้ถูกต้องหลักการศาสตร์หรือใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายวัสดุในการทำงาน

5. ควรส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานที่ถูกต้องแก่พนักงาน เพื่อป้องกันการปวดหลังและบาดเจ็บจากการทำงานในผู้ปฏิบัติงานยกเคลื่อนย้ายวัสดุได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบเจาะลึกเชิงคุณภาพเกี่ยวกับท่าทางการทำงานของพนักงานเป็นรายบุคคล หรืออาจจะใช้ระยะเวลาในการศึกษาที่ยาวนานขึ้นเพื่อให้เข้าใจลักษณะการทำงานที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิจัย โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น กลุ่มพนักงานชายและหญิง หรือพนักงานโรงงานต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือในประสิทธิภาพของโปรแกรมมากขึ้น

3. ควรประเมินความเสี่ยงทางด้านกายศาสตร์ของโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำน่านาไต้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาไต้ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลยโสธร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ พนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำน่านาไต้ ตำบลนาไต้ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโส ที่กรุณาให้ข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการดำเนินงานโครงการ และขอขอบคุณทีมนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ร่วมลงพื้นที่จัดโปรแกรมตลอดการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม. “การกระจายโรงงานอุตสาหกรรมลงสู่ภูมิภาค”.**ค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2560, จาก <https://www.dip.go.th/th>.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. “ผลกระทบของโรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ”. ค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2560, จาก*<http://envocc.ddc.moph.go.th>.
- กระทรวงสาธารณสุข. “รายงานสถานการณ์โรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ”. ค้นเมื่อวันที่ 21 สิงหาคม 2560, จาก <https://hdcservice.moph.go.th>.
- โรงพยาบาลยโสธร. ข้อมูลการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกด้วยโรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ.**กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลยโสธร*จังหวัดยโสธร. 2558.
- โรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำน่านาไต้. “ข้อมูลทั่วไปโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำน่านาไต้ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร”. ค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2560, จาก <http://www.rakbankerd.com>.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

6. นริศ เจริญพร. การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของร่างกายอย่างรวดเร็วด้วยวิธีคูลาร์. ภาควิชาวิศวกรรมอุตสาหกรรม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : ปทุมธานี. 2547.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาไผ่. ข้อมูลการเข้ารับบริการเกี่ยวกับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อของพนักงานโรงสีข้าวกลุ่มเกษตรกรทำนาไผ่ อำเภออุทุมพร จังหวัดยโสธร.**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาไผ่ : ยโสธร. 2560.
8. นงลักษณ์ ทศทิศ และคณะ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการปวดคอ ปวดไหล่ ในกลุ่มอาชีพตัดเย็บ*อำเภอบ้านไผ่*จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาเทคนิคการแพทยมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
9. วิวัฒน์ สังฆะบุตร และสุนิสา ชายเกลี้ยง. ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแรงงานนอกระบบกลุ่มตัดเหล็กปลอกเสาแบบมือโยก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามยสังเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
10. รุ่งทิพย์ พันธุ์ธมธากุล และคณะ. ความชุกของภาวะความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในชาวนา : กรณีศึกษาตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น.**วิทยานิพนธ์ปริญญาเทคนิคการแพทยมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.
11. ชีระพงษ์ ปราบสกุล. การศึกษาอาการบาดเจ็บจากการทำงานก่อสร้างอาคารกรณีศึกษา หจก.เทคโนโลยีเนอร์...วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมโยธา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 2553.
12. ฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ. การดำเนินงานด้านการยศาสตร์อย่างมีส่วนร่วม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในโรงงานยางแผ่นรมควัน จังหวัดระยอง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30 (1): 76-86; 2559.
13. นภมณ ยารวง และโสภภาพรณ อินดี๊ะเฟือก. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรชาวนา. วารสารพยาบาลทหารบก, 17 (3): 73 – 81; 2559.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่ม
เกษตรกรผู้ปลูกข้าว

Factors Related to safe behaviors of agricultural chemicals in rice farmers

วรพจน์ ทำนียบ¹, เรณูมาศ มาอ่อน²

Woraphot Thamniab, Ranumas Ma-oon

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโดยศึกษาจากกลุ่มประชากร คือ กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในพื้นที่เขตจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมด 11 อำเภอ รวมจำนวนกลุ่มประชากรทั้งสิ้น 27,978 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวนทั้งสิ้น 1,788 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าทดสอบไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยที่สำคัญพบว่า 1) พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.24 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3) ปัจจัยเอื้อ คือ ด้านความสะดวกในการจัดหาสารเคมีทางการเกษตร และอุปสรรคป้องกันตนเองของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 4) ปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5) ตัวแปรที่รวมกันทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ทักษะคิดต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรและการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย ได้ร้อยละ 48.40 ตัวแปรทำนายได้ดีที่สุด ทักษะคิดต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรและการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองสามารถทำนายได้ร้อยละ 46.80

คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้สารเคมี, ความปลอดภัย, เกษตรกร

Abstract

This research is the descriptive research, which was purposed to study the factors associating with safe behaviors of agricultural chemicals in rice farmers by observing 1,788 participants which were Chachoengsao farmers, by multi-state sampling. The device used in the research was the questionnaire, which was made by the researcher and had already passed the quality test at satisfied level. Software program was used in the data analysis and the statistics figures that ware used in the research were percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and Multiple Regression Analysis.

The research found that: 1) The safe behaviors of agricultural chemicals in rice farmers were mostly at the moderate level which was 36.24%. 2) Predisposing factors, which were knowledge, Attitude, Perceived susceptibility, Perceived Severity, Perceived benefits and Perceived Self-efficacy about safe behaviors of agricultural chemicals with statistical significant at the level of .01. 3) Enabling factors, which were the adequacy and the convenient access had positive relation with behaviors with statistical significant at the level of .001. 4) Reinforcing factors, which were social support from intimate ones and the acknowledgement of information from different sources of media had positive behaviors with statistical significant at the level of .01 6) There were two variables used in predicting safe behaviors of agricultural chemicals in rice farmers which were the knowledge, Attitude. all of these had predicted) The safe behaviors of agricultural chemicals in rice for 48.40%. The best predictive variable was the acknowledgement of Attitude, which could had predicted safe behaviors of agricultural chemicals in rice farmers 46.80%.

Keywords: Behaviors of agricultural chemicals, Safe behaviors, Farmer

¹ นิสิตปริญญาเอกสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทนำ

ข้าวเป็นพืชเศรษฐกิจหลักที่สำคัญของประเทศไทย รวมไปถึงเป็นวัตถุดิบหลักของอาหาร ซึ่งไม่เพียงแต่ในเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น แต่ข้าวก็ยังมีส่วนสำคัญของความมั่นคงทางอาหารของโลกอีกด้วย เป็นที่ทราบกันดีว่าประเทศไทยมีการส่งออกข้าวเป็นอันดับหนึ่งของโลกติดต่อกันมาเป็นเวลานาน ซึ่งจากข้อมูลของกรมการข้าวระบุว่า จำนวนครัวเรือนของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวเป็นกลุ่มเกษตรกรส่วนใหญ่ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 66 จากครัวเรือนของเกษตรกรทั้งหมด มีมูลค่าการส่งออกปีละประมาณ 100,000 ล้านบาท¹ จากข้อมูลเอกภาพ ภาคกลาง ปี 2557 ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า ในการปลูกข้าวนาปรังและการปลูกข้าวนาปี ในภาคกลางนั้นมีพื้นที่ในการเพาะปลูกเป็นอันดับที่ 3 รองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ แต่การปลูกข้าวในภาคกลางนั้นมีผลผลิตต่อไร่เป็นจำนวนมากที่สุด ซึ่งกระบวนการปลูกข้าวในประเทศไทยนั้นเกษตรกรยังนิยมใช้สารเคมีในการเพาะปลูก โดยสถิติการนำเข้าสารเคมีทางการเกษตรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2557 คือ 134,377 ตัน 164,383 ตัน และ 134,377 ตันตามลำดับ² โดยสารเคมีประเภทสารกำจัดวัชพืชเป็นสารที่มีปริมาณนำเข้ามากที่สุดแต่สถิติการเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีของเกษตรกรมีอัตราการเจ็บป่วยจากการใช้ยาฆ่าแมลงมากที่สุด ซึ่งจากรายงานของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยจากการได้รับสารพิษจากการกำจัดวัชพืชเฉลี่ย ปีละประมาณ 1,500 คน ซึ่งข้อมูลสถิติดังกล่าวอาจจะขัดแย้งจากการประเมินของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่มีการประมาณการตัวเลขของผู้ป่วยจากการได้รับสารเคมีอาจจะถึงปีละ 200,000 – 400,000 คน เนื่องมาจาก เกษตรกรผู้ใช้สารเคมีทางการเกษตรอาจจะได้รับอันตรายจากสารเคมีแบบเฉียบพลัน แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาจากสถานบริการด้านสาธารณสุข ทำให้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากการได้รับสารเคมีมีจำนวนที่คลาดเคลื่อน โดยรายงานผลกระทบต่อสุขภาพของสารเคมีทางการเกษตรต่อเกษตรกร พบว่าผล

การตรวจเลือดของเกษตรกรตั้งแต่ปี 2554-2556 พบว่าความเสี่ยงของเกษตรกรยังอยู่ในระดับสูง โดยเกษตรกรประมาณ 30% มีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย และยังไม่มีความโน้มน้าจะลดลงแต่ประการใด ส่วนอัตราการตายของประชาชนจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นอยู่ในระดับ 1 คนต่อแสนคนซึ่งสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตเนื่องจากโรคไข้เลือดออกเสียอีก โดยจากการประมวลของสำนักโรคฯพบว่าประชาชนที่มีอัตราการเจ็บป่วยจากสารเคมีสูงที่สุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง (วิฑูรย์ เลื่อนจำรูญ, 2553)³

ซึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเกษตรกรรวมทั้งจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราได้เก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวในเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่จัดทำโครงการตรวจหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวขึ้นจำนวน 593 คน พบว่าเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวในพื้นที่ที่ทำการตรวจมีระดับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับเสี่ยงและระดับไม่ปลอดภัยรวมกันมีจำนวนสูงถึงร้อยละ 52.11⁴ และจากการลงพื้นที่สำรวจพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรเบื้องต้นในเขตอำเภอเมือง ฉะเชิงเทรา จากชาวนาจำนวน 30 คนพบว่า ร้อยละ 85 สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะทำการฉีดพ่นสารเคมีไม่ครบถ้วน ไม่สวมรองเท้าน้ำยาง ไม่สวมถุงมือ ไม่ใช่ผ้าปิดปาก ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสสารเคมีได้เพิ่มขึ้น

จากสภาพการณดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรที่ไม่ถูกต้องและไม่ปลอดภัย จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย เพื่อเป็นหาสาเหตุที่แท้จริงโดยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมการใช้

สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุในการตัดสินใจใช้สารเคมีทางการเกษตรของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีที่มีผลต่อสุขภาพ การปฏิบัติตนในการใช้สารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ทักษะคิดต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการใช้สารเคมีที่มีผลต่อสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมี การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองและผู้อื่นจากการใช้สารเคมี และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองและผู้อื่นจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร ปัจจัยเอื้อต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร ได้แก่ ความสะดวกในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี ความสะดวกในการจัดหาและการใช้สารเคมีที่ตัดสินใจเลือกใช้ แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร ซึ่งประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ภาครัฐในท้องถิ่น

2. เพื่อศึกษาผลการทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าวโดยตัวแปรต่างๆ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่ออธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปรัง ในพื้นที่เขตจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้งหมด 11 อำเภอ รวมจำนวนกลุ่มประชากรทั้งสิ้น 27,978 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,788 คนได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) มีรายละเอียดดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดพื้นที่ในการเก็บข้อมูลโดยการ

คัดเลือกพื้นที่จำนวน 5 อำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีจำนวนเกษตรกรผู้ปลูกข้าวสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) อำเภอบางน้ำเปรี้ยว 2) อำเภอสนามชัยเขต 3) อำเภอเมือง 4) อำเภอพนมสารคาม และ 5) อำเภอราชสาส์น ขั้นตอนที่ 2 คำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอโดยใช้สูตรทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1967) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ขั้นตอนที่ 3 วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในขั้นที่ 2 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 381 คน 2) อำเภอสนามชัยเขต ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 371 คน 3) อำเภอเมือง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 363 คน 4) อำเภอพนมสารคาม ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 362 คน และ 5) อำเภอราชสาส์น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 311 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อกระทงคำถาม ทั้งคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด เนื้อหาของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 7 ตอน ดังนี้ 1) เป็นข้อมูลลักษณะทางชีว-สังคม ของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว 2) แบบวัดความรู้ในการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 3) แบบวัดทัศนคติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 4) แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพในการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 5) แบบวัดปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 6) แบบวัดปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 7) แบบวัดพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (Validity) ได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ 2 ด้าน คือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้สารเคมีทางการเกษตร การตรวจสอบคุณภาพด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการตรวจสอบจากค่าสถิติวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ ของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

Cronbach (α Cronbach Coefficient) จากกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังแสดงไว้ข้างต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณให้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าวอย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยใช้ค่าความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (χ^2) การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายระหว่างตัว

แปรต้นกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) เสนอผลการวิเคราะห์เป็นรูปแบบตารางประกอบการบรรยายประกอบการนำเสนอแบบบรรยาย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามปลายเปิดใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของกลุ่มผู้ปลูกข้าว มีดังนี้

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคลกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
	พฤติกรรม	
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย	0.32*	.000
ทัศนคติในใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว	0.47*	.000
การรับรู้ความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร	0.28*	.000
การรับรู้ความรุนแรงที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพในการใช้สารเคมีทางการเกษตร	0.17*	.000
การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตร	0.13*	.000
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตร	0.07*	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย	0.20*	.000

* $p < 0.05$

จากตาราง ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย ทัศนคติในใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว การรับรู้ความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ความ

รุนแรงที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพในการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตร และการรับรู้

ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ที่ระดับนัยสำคัญ 0.001

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเอื้อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
ปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการจัดหาสารเคมีทางการเกษตร และอุปกรณ์ป้องกันตนเองของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวกลุ่มตัวอย่าง	1788	100	13.94*	.001

* p < 0.05

จากตาราง จะเห็นได้ว่าปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการจัดหาสารเคมีทางการเกษตร และอุปกรณ์ป้องกันตนเองของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การมีร้านค้าที่จำหน่ายสารเคมีทางการเกษตรและอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่มีอยู่ในชุมชนนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทาง

การเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.01

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยเสริม	จำนวน	ร้อยละ	χ^2	p-value
ปัจจัยเสริมที่สนับสนุนต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง	1788	100	3.17	.205

* p < 0.05

จากตาราง จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆที่สนับสนุนให้เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีการใช้สารเคมีทางการเกษตร และการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง นั้นไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ

4. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์หัดถดถอยพหุคูณ แสดงตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ตัวแปรทำนาย	R	R ² %	R ² Change %	F
ทัศนคติต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรและการใช้ อุปกรณ์ป้องกันตนเอง	0.22	46.80	-	499.57*
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่าง ถูกต้องและปลอดภัย	0.23	48.40	1.60	36.22*

* p < 0.05

จากตาราง ผลการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณ เพื่อหาตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 รวมจำนวน 2 ตัวแปร คือ 1) ตัวแปรทัศนคติต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรและการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง และ 2) ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง โดยตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ ทัศนคติต่อการใช้สารเคมีทางการเกษตรและการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง คิดเป็นร้อยละ 46.80 โดยตัวแปรต้นทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยได้ถึงร้อยละ 48.40

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบซึ่งเป็นประเด็นสำคัญโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย ทัศนคติในการใช้สารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว การรับรู้ความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ความรุนแรงที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพในการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตร การรับรู้ต่ออุปสรรคของการ

ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและปลอดภัยในการใช้สารเคมีทางการเกษตร และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนในการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชนิกานต์ คุ่มนง (2557)⁵ ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าเกษตรกรกลุ่มเข้าร่วมการวิจัยมีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในนาข้าวอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89 และมีพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชรก่อนการฉีดพ่น ได้แก่ การอ่านฉลากสารเคมีให้เข้าใจก่อนใช้คิดเป็นร้อยละ 94 พฤติกรรมระหว่างทำการฉีดพ่น ได้แก่ การไม่ดื่ม น้ำ ไม่รับประทานอาหารและไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่ทำการฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 88 และพฤติกรรมหลังการฉีดพ่น ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกายทันที การแยกซักเสื้อผ้าที่ใช้ฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชไม่รวมกับเสื้อผ้าปกติ และการเก็บอุปกรณ์ที่ใช้ฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 98 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชชาดา สิมลา และตี๋ม บุญรอด (2555)⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลแหลมโดนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง พบว่า เกษตรกรที่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้จะมีพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าเกษตรกรที่ไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้ และคำแนะนำในการอบรมเกษตรกรที่ทำให้เกษตรกรเกิดการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความ

รุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันสารกำจัดศัตรูพืชที่ดีจะทำให้เกษตรกรมีพฤติกรรมการป้องกันสารกำจัดศัตรูพืชที่เหมาะสมตามไปด้วย

2. ปัจจัยเอื้อด้านความสะดวกในการจัดหาสารเคมีทางการเกษตร และอุปกรณ์ป้องกันตนเองของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่การมีร้านค้าที่จำหน่ายสารเคมีทางการเกษตรและอุปกรณ์ป้องกันตนเองที่มีอยู่ในชุมชนนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งความสะดวกในการจัดหาสารเคมีทางการเกษตรได้ง่ายนั้นจะทำให้เกษตรกรมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรเพิ่มขึ้นซึ่งสาเหตุนี้เองจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสสารเคมีที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเอกพล กาละดี และเจตนิพิฐ สมมาตย์ (2558)⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวบ้านตำบลหินโงม อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่าเกษตรกรกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสะดวกในการจัดซื้อจัดหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอุปกรณ์ป้องกันตนเอง คิดเป็นร้อยละ 98.00 และ 84.50 ตามลำดับ โดยทำการซื้อจากร้านค้าในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 74.50

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหน่วยงานด้านเกษตรและสาธารณสุข ในการจัดการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยให้กับเกษตรกรในพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการพัฒนา หน่วยงานด้านเกษตรและหน่วยงานด้านการสาธารณสุข สามารถนำ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยซึ่งจะเป็นการลดอัตราการเจ็บป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวได้

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ทนายพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยคือปัจจัยด้านทัศนคติ ถ้าหากมีการส่งเสริมให้เกษตรกรมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องตามคำแนะนำในฉลากเมื่อทำการฉีดพ่นสารเคมีทางการเกษตร รวมไปถึงการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร จะสามารถพัฒนาพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยของเกษตรกรได้ดีขึ้น

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการต่อยอดงานวิจัยในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างถูกต้องและปลอดภัยให้กับเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวเพื่อแก้ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีทางการเกษตรได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2560 ผู้วิจัยจักขอขอบพระคุณยิ่ง ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความกรุณาโดยตลอด เกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวในจังหวัดจังหวัดฉะเชิงเทรา

เอกสารอ้างอิง

- กรมการข้าว. 2557. พื้นที่การปลูกข้าว http://www.brrd.in.th/ricemap/riceCD52/index.php?url=detail.php®ion_id=1&province_id=24.htm, 20 กันยายน 2557.
- กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. 2557. ข้อมูลเอกภาพระดับประเทศ ปี 2557. ศูนย์สารสนเทศการเกษตร: กรุงเทพฯ
- วิฑูรย์ เลื่อนจำรูญ. 2553. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของเกษตรกรและการควบคุมสารกำจัดศัตรูพืช. <http://agricultureandfoodpolicy.org/article/action/c-0002/>. ค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2559.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

4. กองอาชีวอนามัย. 2560. ข้อมูลจำนวนเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวที่ตรวจหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน เลือด. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ฉะเชิงเทรา: ฉะเชิงเทรา.
5. ชนิกันต์ คุ่มนงและสุดารัตน์ พิมพ์เสน. 2557. พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.
ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร ปีที่ 16.
6. วิชชาดา สิมลา และต้อม บุญรอด. 2555. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลแหลม โตนด
อำเภอกวนชุม จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ปีที่ 42 ฉบับที่ 2
7. เอกพล กาละดี และเจตนิพัทธ์ สมมาดย์. 2558. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวบ้าน
ตำบลหินโงม อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารราชพฤกษ์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ
ผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

Relationship between health belief and behavior of caregiver in the prevention of falls among older
persons in the rural community

สุทธิวรร เขตคาม¹, ลัดดา แสนสีหา², กชพร สิงหะหล้า³

Suttiwan katkam¹, Ladda Sanseeha², Kochapron Singhala³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุจำนวน 312 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI = 0.88 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายด้านและรายข้อ และ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Spearman rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.79$) การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.94$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.89$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.86$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.90$) สิ่งกระตุ้นให้กระทำต่อการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรม ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.70$)

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ชุมชนชนบท; ความเชื่อด้านสุขภาพ; การหกล้ม; การป้องกันการหกล้ม

ABSTRACT

This descriptive correlational research aimed to study the relationship between health Belief and caregivers behavior in fall prevention among older persons in the community. 312 subjects were random Systematic with simple technique from older person caregivers in the community. This study was conducted in December 2017. Research instruments was health belief questionnaires which CVI content validity as 0.88 and alpha conbach coefficient. The reliability was 0.95. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation coefficient.

The results showed that: Perceived risk of falls was associated with high levels of older persons care givers behavior in preventing falls. At the .01 level ($r = .79$). Perceived severity of falls was highly correlated with the behavior of older persons care givers in the prevention of falls in the older persons. At the .01 level ($r = .94$). Perceived benefits of fall prevention are associated with high levels of older persons care givers behavior in preventing falls among older adults. At the .01 level ($r = .89$). Perceived barriers to fall prevention are highly correlated with the behavior of older persons care givers in the prevention of falls. At the .01 level ($r = .86$). Self-efficacy in preventing falls

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

is highly correlated with the behavior of older persons. Care givers in the prevention of falls. (R = .90). Motivation to prevent falls is highly correlated with behavior of older persons Care givers in preventing falls of the older persons. (R = .70).

Key Words : Caregivers; Rural community; Health beliefs; Falls; Fall prevention

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจากการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ใน พ.ศ. 2553 – 2583 สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยเริ่มต้น (อายุ 60 - 70 ปี) จากร้อยละ 11.5 เป็นร้อยละ 15.3 สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 80 ปี) จากร้อยละ 10.2 เป็นร้อยละ 14.1 สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 12.7 เป็นร้อยละ 19.1สะท้อนให้เห็นถึงการนำไปสู่ปัญหาของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ⁽¹⁾ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การเคลื่อนไหวลำบาก และการหกล้ม⁽²⁾

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 194,530 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 จำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 972,650 คน⁽³⁾ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขต อำเภอบรบือ รวม 14,604 คน คิดเป็นร้อยละ 18.34 ของจำนวนประชากร อำเภอบรบือทั้งหมด 86,914 คน⁽⁴⁾ จากการสำรวจข้อมูลสถิติผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลบรบือ และตำบลหนองสิม มีผู้สูงอายุที่มารับการรักษาด้วยการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มของโรงพยาบาลบรบือ ในปี 2560 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มารับการรักษาด้วยการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จำนวนทั้งสิ้น 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.25 ของผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งหมด จำนวน 423 คน⁽⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันการหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถทำได้หากผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับปัญหานี้อย่างจริงจังและมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีแนวทางการจัดการเพื่อป้องกันการหกล้ม

ในหลากหลายด้านร่วมกัน ซึ่งจากการทบทวนผลงานโดยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁵⁾ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเป็นอย่างดี เพื่อให้เกิดการรับรู้ในด้านต่างๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้^(6,7,8,9) ส่วนการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบว่า ควรมีการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน ในการให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุนั้นต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง เพื่อป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ในด้านต่างๆ อาจแตกต่างกันด้วยจึงควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุ⁽²⁾ ทั้งนี้ เสาวลักษณ์ อุณะม้าย (2553)⁽¹⁰⁾ พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ แต่ยังคงพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถลดความเสี่ยงของการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างประชาชนจากสูตร Taro Yamane (1967)⁽¹¹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 312 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสอบถามความเชื่อทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง

3. แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ .95 และหาค่า CVI = 0.88

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นรายด้านและรายข้อ และ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Spearman rank correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ ศช 0530.11-357 ลงเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2560 มีการดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในระหว่างการเข้าร่วม

ในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับการดูแลผู้สูงอายุ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจจะปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ – สกุล และจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.4 เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 45 ปีร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 40.6 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุ สูงสุด 56 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 37.5 และพบว่าไม่ได้รับการศึกษาสูงถึงร้อยละ 31.1 และร้อยละ 89.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท โดยมีรายได้ในช่วง 2,500-5,000 บาท ร้อยละ 34.9 1,000-2,500 ร้อยละ 20.8 น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 10.9 และมีรายได้ต่ำสุดคือ 800 บาท และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตรร้อยละ 36.5 และเป็นหลานร้อยละ 28.2 ที่พักอาศัยของผู้ดูแลพบว่าอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุร้อยละ 39.4 อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ 27.9 และ อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 เมตร ร้อยละ 16.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละออม สร้อยแสง (2555) ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปีร้อยละ 32.0 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.0 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.0 แต่ไม่สอดคล้องในด้านอาชีพเนื่องจากผู้ดูแลในการศึกษาของละออม สร้อยแสง มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวถึงร้อยละ 40.0 และในการศึกษาค้นคว้านี้เกือบครึ่งของผู้ดูแลมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 47.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันสสนัน แสคำ (2551) ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 อายุ 41-55 ปี ร้อยละ 56.7 มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 73.3 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.0 และสอดคล้องกับเสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

พักอาศัยกับบุตรหลานร้อยละ 92.1 และส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานร้อยละ 87.6

2. ข้อมูลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำแนกตามประวัติการเคหะกรรมของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มจำนวน 54 คน พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 100 มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 59.3 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 59.3 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 59.3 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 59.3 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ระดับมากที่สุด ร้อยละ 63 ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 74.1

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม จำนวน 258 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 64 มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 50 มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 53.9 มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 50 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 46.9 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 52.3 ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 41.5

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (n=312)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1						
การรับรู้ความรุนแรง	.81*	1					
การรับรู้ประโยชน์	.82*	.98*	1				
การรับรู้อุปสรรค	.91*	.93*	.96*	1			
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.85*	.97*	.98*	.94*	1		
สิ่งกระตุ้นให้กระทำ	.84*	.84*	.91*	.92*	.91*	1	
พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	.79*	.94*	.89*	.86*	.90*	.70*	1

*p<.01

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการ

ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.79)

การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.94$)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.89$)

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.86$)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r=.90$)

สิ่งกระตุ้นให้กระทำต่อการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01($r=.70$)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.4 เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 40.6 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุ สูงสุด 56 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.5 และพบว่าไม่ได้รับการศึกษาสูงถึงร้อยละ 31.1 และร้อยละ 89.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท โดยมีรายได้ในช่วง 2,500-5,000 บาท ร้อยละ 34.9 1,000-2,500 ร้อยละ 20.8 น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 10.9 และมีรายได้ต่ำสุดคือ 800 บาท และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตร ร้อยละ 36.5 และเป็นหลาน ร้อยละ 28.2 ที่พักอาศัยของผู้ดูแลพบว่าอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.4 อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้สูงอายุจำนวน ร้อยละ 27.9 และ อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 เมตร ร้อยละ 16.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละออม สร้อยแสง (2557) ⁽²⁾ การศึกษารุ่นนี้พบว่ามากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาทหรือน้อยกว่า โดยพบว่ามีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 1,000 บาท ร้อยละ

10.9 มีรายได้ 1,000-2,500 บาท ร้อยละ 20.8 มีรายได้ 2,501-5,000 บาท ร้อยละ 34.9 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลอาจจะไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อจะป้องกันอุบัติเหตุหรือป้องกันการการหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การปรับปรุงภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ หรือการติดราวบริเวณบันไดหรือห้องน้ำ เนื่องจากอาจจะมีความรู้เรื่องค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม จะเห็นได้จากที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงเป็นลำดับแรกๆ คือ “ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องปรับปรุงสภาพภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ เช่น บริเวณบันได ทางเดินและห้องน้ำ” และ “ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องติดราว บริเวณบันได และห้องน้ำ” และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่ำที่สุดลำดับๆ ท้ายได้แก่ “ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และในห้องน้ำได้” และ “ท่านมั่นใจว่าสามารถติดราวสำหรับเกาะยึดพยุงกาย บริเวณ บันไดและในห้องน้ำได้”

ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล พบว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 82.7 ไม่มีประวัติการหกล้ม โดยมีประวัติการหกล้มจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 10.9 เคยหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 6.4 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลพร วงศ์พินิตกุล (2555) ⁽¹²⁾ ที่พบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การหกล้ม (ร้อยละ 69.4) และจำนวนครั้งของการหกล้มที่พบมากที่สุดคือ 1 ครั้ง (ร้อยละ 43.6) เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำแนกตามประวัติการเคยหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลพบว่า ผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากและมากที่สุด โดยรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมากถึงร้อยละ 100

และมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ในระดับมากสูงถึงร้อยละ 74.1 และมากที่สุด ร้อยละ 25.9 และไม่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง น้อย หรือน้อยที่สุดเลย โดยมีการรับรู้ถึงกระตุ้นให้กระทำทั้งในระดับมากที่สุด มาก และปานกลาง ในขณะที่พบว่าผู้ดูแล ที่ผู้สูงอายุไม่เคยมีประวัติการหกล้ม มีการรับรู้ความเชื่อ สุขภาพ และการรับรู้ถึงกระตุ้นให้กระทำทั้งในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย โดยพบว่ามีการรับรู้ในระดับมากร้อยละ 46.9-53.9 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้สูงอายุเคยมีประวัติหกล้ม และมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในระดับมากร้อยละ 41.5 รองลงมาระดับมากที่สุดร้อยละ 32.9 ระดับปานกลางร้อยละ 20.5 และระดับ น้อยร้อยละ 5.0 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลการหกล้มของผู้สูงอายุอาจจะส่งผลกระทบต่อหลายด้าน^(13,14,15) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มในประเด็นของการมีประวัติ เคยหกล้มมาก่อนอาจจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลทราบว่าผู้สูงอายุ จะเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น^(6,8) ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ดูแล มีความตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของการหกล้ม รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม รวมถึงรับรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยมีประวัติ การหกล้ม

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ หกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก การรับรู้ความรุนแรง ของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก การรับรู้ ประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับ มาก การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับ มาก สอดคล้องกับวันดี คำศรี (2550)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงต่อการหกล้มระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม ป้องกันการหกล้มระดับสูง โดย และสอดคล้องกับ

เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าผู้สูงอายุใน ชุมชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มอยู่ ในระดับสูง และสอดคล้องกับ ณัฐกานต์ ธิยะ (2551)⁽¹⁶⁾ ที่ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 51.4 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.0 การรับรู้ ความรุนแรงของการหกล้มอยู่ใน ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48.6 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.9 การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ใน ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.3 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อย ละ 30.0 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการ หกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 47.1 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 41.4 และการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.6 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 35.7

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของ ตนเองของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลผู้สูงอายุมี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแล ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี คำศรี (2550)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ($r=0.17$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการหกล้ม ($r=0.18$) การ รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r=0.31$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม ($r=0.31$) มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับต่ำถึงปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคต่อ พฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบใน ระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r= -0.33$) สอดคล้องกับเสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ แต่เสวาลักษณ์ อุ่นละม้าย พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ซึ่งอาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 40.69 ปี แต่ในการศึกษาของเสวาลักษณ์ อุ่นละม้ายเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่งอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 70.19 ปี ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงกิจกรรมที่จะป้องกันการหกล้มได้น้อยลง หรือไม่สามารทำได้ด้วยตนเอง ทำให้มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในระดับสูง และรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง รวมถึงมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง

โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ การที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมาก่อน ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำอีก ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ อ้วน ผอม กระดูกพรุน ความผิดปกติของสายตา ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายที่สุด และภายในบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น ขาวของวางไม่เป็นระเบียบ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้มีนโยบายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ให้ดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันและคัดกรองโรคกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษา โดยจัดให้มีศูนย์เรียนรู้ และมีการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและญาติ โดยชุมชนมีส่วนร่วม ระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 ถึงเดือน

ตุลาคม 2560 ในพื้นที่อำเภอบรบือ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ รวมถึงแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านจากทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ และการส่งเสริมให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน ดังนั้นจึงอาจส่งผลกับกลุ่มตัวอย่างต่อระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแล และส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้อ้างอิงในพื้นที่อื่นๆ จึงควรได้พิจารณาถึงบริบทในแต่ละพื้นที่ว่ามีความเหมาะสมในการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้สูงอายุไม่เคยหกล้มมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การแก้ไขอุปสรรคในการป้องกันการหกล้ม รวมถึงกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุป้องกันการหกล้ม
 2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่เคยหกล้มและไม่หกล้ม ซึ่งจะช่วยให้ทราบในข้อแตกต่างที่เป็นประโยชน์ในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน
- กิตติกรรมประกาศ**

ขอกราบขอบพระคุณ โรงพยาบาลบรบือ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ที่กรุณาช่วยเหลือเอื้อเฟื้อในด้านสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่กรุณาเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุยากันล้ม*. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

2. ละออม สร้อยแสง.(2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. วารสารพยาบาลทหารบก.15(1):122-129
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *สรุปผลที่สำคัญในการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.
4. แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบรบือ. (2560). *ข้อมูลผู้ป่วยประจำปี*. อำเภอบรบือ โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.
5. Champion V.L.and Skinner C.S (2008). *The health belief model*. In K.Glanz, B.K.Rimer and Viswanath. (Eds.) Health behavior and health education Theory,Research and Practice (4 ed .,pp.45-65).U.S.A: HB Printing
6. รัชมี มาลาหอม. (2554). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ (ส.ม. การจัดการระบบสุขภาพ) -- มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
7. วลัยภรณ์ อารีรักษ์. (2554). ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.15. 12. วันดี คำศรี. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
8. อธิพงศ์ พิมพ์ดี. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายโดยการเดินร่าจังหวะ *Paslop* เพื่อป้องกันการหกล้มในหญิงไทยก่อนวัยสูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 9.ภาวดี วิมลพันธุ์. (2556). การศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตก หกล้ม ชุมชนตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอมือง จังหวัด เชียงราย. วารสารการพยาบาล และสุขภาพ. 8(1): 8-15.
- 10.เสาวลักษณ์ อุณละม้าย. (2553). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
10. วันสนันท์ แอสคำ. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้งอำเภอสาร์ภี จังหวัด เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.เชียงใหม่ : (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
11. Yamane, Taro. 1967. *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York: Harper and Row.
12. กมลพร วงศ์นิตกุล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) บรพา :บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
13. นงนุช วรโธสง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
14. ลักษณ์า มะสิงคา (2553). *ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สาขาวิชาพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
15. ธนวรรณ สำถำปึง. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น
16. ณัฐกานต์ ธิยะ. (2551). พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุศึกษา) สาขาสุศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพ
แห่งหนึ่ง

Factors Influenced with Self-Management Behaviors among Type 2 Diabetes Mellitus
Patients in One Health Region

อาทิตยา วังวนสินธุ์¹, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ¹ และสุภาพร แสงอ่วม²

Artittaya Wangwonsin, Chakkhaphan Phetphum and Supaporn Sangouam

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคูณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง จำนวน 1408 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (73.5%) อายุเฉลี่ย 57.42 ปี สถานภาพสมรส (77.8 %) ศึกษาในระดับประถมศึกษา (76.5 %) อาชีพเกษตรกร (50.1 %) ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 6.17ปี มีโรคร่วม (81.6 %) รับประทานยาลดน้ำตาล (94.0 %) สูบบุหรี่ (9.6%) ดื่มสุรา (11.9%) มีค่าเฉลี่ยผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) =7.39 % ระดับ HbA1c < 7% (44.68%) ค่าดัชนีมวลกายเกิน-อ้วน (63.98%) และรอบเอวเกิน (56.33%) มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองและการจัดการสุขภาพตนเองในระดับสูง ตัวแปรการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง ($\beta=0.673, p<.001$) เพศหญิง ($\beta=0.068, p<.05$) อาชีพรับราชการ ($\beta=0.059, p<.05$) อาชีพรับจ้าง ($\beta=0.054, p<.05$) และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ($\beta=-0.047, p<.05$) ร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสามารถอธิบายการผันผวนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 48.5 ($R^2=0.485, F=186.692, p\text{-value} <.001$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง, การประเมินการดูแลโรคเรื้อรัง, โรคเบาหวาน

Abstract

This cross sectional descriptive study aimed to study personal characteristics, health status, self-management supports, self-management behaviors and Factors Influenced with Self-Management Behaviors among type 2 diabetes mellitus patients. The 1408 samples with type 2 diabetes mellitus patients did self-administration questionnaires. Descriptive statistic were used to analyze the frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistic were used to analyze the multiple regression.

Results showed that: The most of samples were female (73.5%), their mean age was 57.42 year, average of diabetes mellitus duration was 6.7 years, co-morbidities (81.6%), treatment with oral anti hyperglycemic agents (94.0 %), smoking (9.6%), drinking (11.9%), average of HbA1c=7.39 %, HbA1c < 7% (44.68%), BMI ≥ 23 kg/m² (63.98%), Waistline exceeds standard (56.33%), the score of self-management supports and self-management behaviors were at a high level. Only five of the predictors such as self-management supports, female, government officer, employee and duration of type 2 diabetes mellitus disease contributed significantly to prediction of self-management behaviors. The results shows that self-management supports ($\beta=0.673, p<.001$) had more influence on self-management behaviors, follow by female ($\beta=0.068, p < .05$), government officer ($\beta=0.059, p <.05$), employee ($\beta=0.054, p<.05$) and duration of type 2 diabetes mellitus disease ($\beta=-0.047, p <.05$). Altogether were predict self-management behaviors 48.5% ($R^2=0.485, F=186.692, p\text{-value} <.001$)

Key word: Self-management behavior, Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC), Diabetic mellitus

¹ อาจารย์ ดร. สาขาวิชานามัยชุมชน คณะสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

² อาจารย์ ดร. ทพญ. ภาควิชาทันตกรรมป้องกัน สาขาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่ดี โดยเฉพาะการมีภาวะอ้วน การบริโภคอาหารและขาดการออกกำลังกาย การขาดยาเบาหวาน โรคเบาหวานเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เป็นเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด ไตวาย ฯลฯ¹ การควบคุมโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย (Self-management)² และขึ้นกับระบบบริการสุขภาพที่ต้องเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity care)³ อย่างไรก็ตามยังพบแนวโน้มการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้สูงขึ้น ภาพรวมผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) มีเพียงหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้นที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7% การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น¹

ในประเทศไทยมีการประกาศใช้นโยบายรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังมากกว่า 5 ปี การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-Management Support: SMS) เป็นหนึ่งในหลักร่วมของกรอบของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง SMS ที่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง SMS เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ที่แตกต่างไปจากวิธีเดิม⁴ เน้นการเพิ่มความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) ของผู้ป่วย⁵ โดยมีการผสมผสานกระบวนการ/วิธีการสร้างพลัง (Empowerment) ให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะและความเชื่อมั่นในการจัดการกับภาวะเรื้อรังด้วยตนเอง โดยใช้กลยุทธ์ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการจัดการสุขภาพตนเองได้ ทั้งนี้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) การวางแผนปฏิบัติ (Action planning) การแก้ปัญหา (Problem solving) และการติดตามผลการดูแลตนเอง (Follow-up)⁵

การจัดการสุขภาพตนเอง (Self-Management) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย โดยอาศัยคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และความร่วมมือ

กัน⁶ การจัดการสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการควบคุมโรคขึ้นอยู่กับการจัดการด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การกินยาต่อเนื่อง และการจัดการกับภาวะอาการที่ต้องจัดการแบบวันต่อวัน (day to day) การจัดการตนเองจึงเป็นกุญแจสำคัญที่ไร้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมอาการของโรคได้⁷ ดังนั้น ในพัฒนาคุณภาพบริการจึงต้องการข้อมูลที่เพียงพอ เพื่อใช้ในการปรับปรุงกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง การจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยระหว่างบุคคล⁸

การศึกษาวิจัยที่ส่งผลต่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จึงมีความสำคัญต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงบริการที่เหมาะสม โดยการศึกษาในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่งที่มีนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง ทั่วทั้งเขตบริการสุขภาพ และมีอัตราป่วยสูงที่สุดในเขตภาคเหนือ⁹ โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้อาจเป็นแนวทางในการบริหารจัดการและจัดบริการที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ระยะเวลาศึกษาพฤศจิกายน 2558 ถึง กันยายน 2559

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการดูแลรักษาในหน่วยบริการสุขภาพในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร¹⁰ โดยใช้ค่าสัดส่วนจากอัตราความชุกของโรคเบาหวานใน

ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปปี 2552 ร้อยละ 6.9¹¹ ได้ขนาดตัวอย่าง 2468 คน ทำการเก็บข้อมูลจากคลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์หมื่นเวียน และไม่มีแพทย์หมื่นเวียน ซึ่งขณะเก็บข้อมูลมีนโยบายการส่งผู้ป่วยเบาหวานให้รับบริการใกล้บ้าน และบางแห่งปรับนโยบายจากให้แพทย์หมื่นเวียน ไปให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ประจำเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์หมื่นเวียนจัดเก็บได้เพียงร้อยละ 29.66 หลังตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วมีข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้ร้อยละ 57.05 (1,408 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินการดูแลโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Thai Patient Assessment Chronic Illness Care: Thai PACIC) ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณสมบัติเครื่องมือ พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคเบาหวาน ความตรงเชิงสภาพการณ์ และความตรงเชิงโครงสร้างว่ามีคุณสมบัติที่ดี เหมาะสมกับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในมุมมองของผู้รับบริการ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .923¹² ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามมีแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น หน่วยบริการสุขภาพที่รับบริการในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ มีทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ส่วนที่ 3 การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management support: SMS) เป็นการประเมินความรู้สึกรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของตนในการดูแลตนเองควบคุมโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนข้อมูล ให้กำลังใจ คำปรึกษา เปิดโอกาสให้เล่า ให้ข้อเสนอแนะ ให้ทางเลือกในการดูแลตนเอง จากบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพ

และการได้รับบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-care behaviors) ประเมินการจัดการสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย การวางแผน และลงมือปฏิบัติในการควบคุมโรค รวมทั้งการประเมินผล จำนวน 4 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ประสิทธิภาพการรับบริการดูแลขณะเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ตัวเลือกตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ 1= ไม่เลยหรือน้อยที่สุด, 2= น้อย, 3= ปานกลาง, 4= มาก, 5=มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ เลขที่ 333/58 และงานวิจัยนี้ได้รับทุนจากงบประมาณรายได้ของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1408 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 อายุเฉลี่ย 57.42 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 77.8 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.5 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 50.1 ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ย 6.17 ปี มีประวัติโรคร่วมร้อยละ 81.6 โรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา เป็นไขมันในเส้นเลือดสูง รับการรักษาด้วยยาอินซูลิน ร้อยละ 94.0 หน่วยบริการที่รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีแพทย์หมื่นเวียน ร้อยละ 37.1 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 29.3 สูบบุหรี่ร้อยละ 9.6 ดื่มสุราร้อยละ 11.9

2. สถานะสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) = 7.39 % ระดับ HbA1c < 7%

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ร้อยละ 44.68 ค่าดัชนีมวลกายเกิน-อ้วนร้อยละ 63.98 และรอบเอวเกินร้อยละ 56.33

3. การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ข้อ 10 “ความรู้สึกมั่นใจในการใช้บริการจากหน่วยบริการ” รองลงมาเป็นข้อ 8 “การได้รับการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน” ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเป็นข้อ 4 “การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษา” รองลงมาเป็นข้อ 1 “การรู้สึกว่าป็นหน้าที่ของตนเองในการควบคุมโรค” แบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ (สูง ปานกลาง และต่ำ) โดยใช้ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดหารด้วยสาม โดยเมื่อพิจารณาระดับคะแนนการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับสูง

4. พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง โดยแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับ (สูง ปานกลาง และต่ำ) โดยใช้ค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดหารด้วยสาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงในทุกข้อทั้งการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินตนเอง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ข้อการตั้งเป้าหมายและการประเมินตนเอง

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ในการพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (SMS)	.874	.025	.673	34.397	<.001
เพศหญิง	2.513	.823	.068	3.053	.002
อาชีพรับราชการ	5.192	1.747	.059	2.972	.003
อาชีพรับจ้าง	2.506	.913	.054	2.746	.006
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน	-1.549	.672	-.047	-2.304	.021
Constant	5.398	2.233		2.417	.016
R = 0.696	R² = 0.485	F = 186.692	p- value <.001		

จากตาราง พบว่า มีตัวแปรการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (SMS) เพศหญิง อาชีพรับราชการ อาชีพรับจ้าง และระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .001) ซึ่งตัวแปรทั้งสามสามารถอธิบายการผันผวนพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 48.5 (R² = 0.485) โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง = 5.398 + 0.874 (SMS) + 2.513 (เพศหญิง) + 5.192 (อาชีพรับ

ราชการ) + 2.506 (อาชีพรับจ้าง) - 1.549 (ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง มีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยทุกข้อในระดับสูง และมีความมั่นใจในการใช้บริการจากหน่วยบริการภาพ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนโยบายการจัดการโรคเรื้อรังปัจจุบัน มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ตามแนวทาง “คลินิก

NCD คุณภาพ” ซึ่งใช้ 6 องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังในการพัฒนาระบบการดูแลที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยต้องบูรณาการ และมีความร่วมมือของทีมนชุมชนหลายภาคส่วน มีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม และผสมผสาน การพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์บริการของผู้มารับบริการ¹³ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นเวลานานตลอดชีวิต^{2,6} ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับตัวกับภาวะที่เกิดขึ้น⁷ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลและปลงตกกับการเป็นโรคเบาหวาน ปรับเปลี่ยนยาตามความเข้าใจของตนเอง และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรค¹⁴

ดังนั้น จึงควรดำเนินการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ¹³ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลผลการวิจัยนี้ หน่วยบริการสุขภาพยังต้องปรับปรุงระบบการให้คำปรึกษา ที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าข้ออื่นๆ สอดคล้องกับการวิจัยของฉวีวรรณชัยมีเจียว และประสพสุข ศรีแสนปาง¹⁵ ที่ศึกษาการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชนพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาเรื่องการใช้ยาและความรู้เรื่องเบื้องต้นของยาที่ใช้ ต้องการความสะดวกในการเข้ารับบริการ/รับยา เวลาในการซักถามจากบุคลากรสุขภาพ ซึ่งการจัดบริการให้คำปรึกษาควรเป็นบริการที่เข้าถึงง่าย ทั้งการไปพบที่หน่วยบริการสุขภาพและหรือการใช้เทคโนโลยี เช่น โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น line ซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมในทุกกลุ่มวัย¹⁶ เป็นการติดต่อสองทาง (Two ways) สามารถส่งข้อความเป็นรูปภาพ เอกสาร หรือข้อมูลอื่นๆ ตามแต่วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร¹⁷ การมีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการเบาหวานด้วยตนเองเพิ่มขึ้น⁸

นอกจากนี้แล้ว จำเป็นต้องหากวิธีในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ตระหนักถึงบทบาทตนเอง จนรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของตนในการจัดการกับโรค ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ตามแนวคิด CCM การมุ่งสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพนั้น ผู้ให้บริการต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีการสื่อสารให้ข้อมูลที่เพียงพอบนพื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย¹⁸ ตามองค์ประกอบการสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision making) ของ CCM ซึ่งจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจที่จะกระทำหรือหลีกเลี่ยงการกระทำอันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพตนเอง

2. พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง เป็นการวัดผลกระบวนการสนับสนุนการจัดการสุขภาพ (SMS) โดยหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนการจัดการสุขภาพที่เพียงพอจะเกิดการจัดการสุขภาพตนเอง ผ่านความตั้งใจของคนโดยตั้งเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง วางแผนปฏิบัติและดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ตั้งไว้ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ มีระดับคะแนนพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงในทุกข้อทั้งการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing: MI) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁹ ของเขตบริการสุขภาพแห่งนี้ที่มีการพัฒนาทักษะบุคลากรผู้ให้บริการ อาสาสมัครสาธารณสุข เข้ารับการอบรมพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-management) โดยใช้เทคนิค MI ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อในความสามารถของตน ในการจัดการกับโรคและภาวะอาการของตน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีระดับคะแนนพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การตั้งเป้าหมายและการประเมินตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นประเด็นสำคัญตามแนวคิด Self-management เนื่องจากการจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

จัดการสุขภาพตนเอง โดยต้องผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการเพื่อให้ข้อมูลภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคของตนเองที่เพียงพอต่อการตัดสินใจตามเทคนิค MI จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง แล้วจึงเข้ามายังจัดการกับภาวะเสี่ยงหรือพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นผู้ให้บริการควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการตั้งเป้าหมายเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษม คำนอก และสมจิต แคนสีแก้ว²⁰ ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากผลการตรวจโดยเข้าใจผลการตรวจเลือดปลายนิ้ว แต่ไม่เข้าใจผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสมรายปีและอัตราการกรองของไต จึงทำให้ไม่สามารถนำผลการตรวจมาตั้งเป้าหมายเพื่อวางแผนนำไปสู่การปฏิบัติในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพำ ชันธมุล และสมจิต แคนสีแก้ว²¹ ศึกษาการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองจากการสังเกตอาการผิดปกติ ระดับความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว แต่ไม่สามารถประเมินตนเองจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการตั้งเป้าหมายเพียงต้องการหายจากโรค อยากหยุดยา และไม่ต้องเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อน แสดงถึงผู้ป่วยยังขาดการคอยชี้แนะ ขาดการให้ข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมาย จึงไม่มีการวางแผนปฏิบัติ และประเมินผล

ดังนั้น ทีมผู้ให้บริการควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยใช้กลยุทธ์การตั้งเป้าหมายให้นำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งกระบวนการนี้ ผู้ให้บริการต้องมีการปฏิสัมพันธ์ตามแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ที่กล่าวว่าสิ่งที่จะบรรลุเป้าหมายการมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีต้องมีปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์ระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย กระบวนการสนับสนุนการจัดการสุขภาพนั้น ทีมผู้ให้บริการต้องสร้างกระบวนการค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Problem solving and goal setting) โดยผ่านข้อมูลเชิง

ประจักษ์ของผู้ป่วย ความเป็นไปได้ในการจัดการกับปัญหาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต นำไปสู่กระบวนการวางแผนและปฏิบัติการแก้ไข ซึ่งจะต้องดำเนินการประเมินผลเพื่อตรวจสอบวิธีการที่ปฏิบัติได้ผล/ไม่ได้ผล เช่นไร อันจะนำไปสู่กระบวนการปรับปรุงแก้ไขต่อไป ซึ่งผู้ให้บริการจะต้องเป็นผู้ร่วมจัดการให้มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องเนื่องจากระยะเวลาที่นานในการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเคยชินกับภาวะอาการของโรคโดยไม่รู้สึกรู้สึว่าเป็นหน้าที่ของตนในการจัดการ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (SMS) ($\beta=.673, p<.001$) เพศหญิง ($\beta=.068, p<.05$) อาชีพรับราชการ ($\beta=.059, p<.05$) อาชีพรับจ้าง ($\beta=.054, p<.05$) และระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน ($\beta=-.047, p<.05$) ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยทั้งห้าตัวแปรสามารถอธิบายการผกผันพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 48.5 ($R^2 = 0.485$) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าตัวแปรการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (SMS) มีความสำคัญมากต่อการเกิดพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการปฏิบัติตน การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การมีทีมผู้ให้บริการในหน่วยบริการประจำคอยชี้แนะให้กำลังใจ มีทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสม ความสามารถในการเข้าถึงการให้คำปรึกษา ผู้ให้บริการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การดูแลตนเอง รวมทั้งความสำเร็จ ความล้มเหลว จะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้คำแนะนำ หรือทางเลือกในการดูแลรักษาตนเองตามบริบทของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาดีขึ้น และผู้รับบริการความพึงพอใจ ต่อบริการสูงขึ้น รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษา²³ ซึ่งการปรับเปลี่ยนการให้ความรู้จากการบรรยาย มาเป็นการให้ความรู้แบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ปัจจุบันนี้มีการใช้ motivational interviewing เป็นเทคนิคการสัมภาษณ์โดยมุ่ง

ใจให้ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน พุคถึงเรื่องของตนเอง โดยที่ผู้ให้ความรู้จะพูดยุติหรือเสริมเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นครั้งคราว พบว่าใช้ได้ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและช่วยในการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งเทคนิคนี้ช่วยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง อันประกอบด้วย 1) การประเมินว่าผู้ป่วยเบาหวานมีวิถีชีวิตและทักษะการดูแลตนเองอย่างไรเพื่อนำไปสู่การสนับสนุนการจัดการตนเอง 2) การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย 3) การวางแผนเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 4) การปฏิบัติดูแลที่บ้าน และ 5) การติดตามและประเมินผล¹¹

เพศหญิงมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะความละเอียดอ่อนของเพศหญิงและเป็นผู้ที่มักทำหน้าที่เป็นคนจัดการด้านอาหารให้กับครอบครัว จึงสามารถจัดการได้ดีกว่าในขณะที่เพศชายส่วนใหญ่จะไม่ได้ทำหน้าที่นี้ อย่างไรก็ตามการดำเนินการควรดูแลทั้งสองเพศให้สามารถจัดการตนเองได้โดยพิจารณาบริบทของบุคคลเป็นสำคัญ อาชีพรับราชการและรับจ้าง เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มวัยนี้เป็นกลุ่มวัยทำงานที่ยังสามารถดูแลและจัดการตนเองได้มากกว่ากลุ่มสูงอายุ ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองได้ดีกว่า

ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ในทางผกผัน คือยิ่งมีระยะเวลาเป็นโรคนานการจัดการสุขภาพตนเองยิ่งลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลและปลงตกกับการเป็นโรคเบาหวาน ปรับเปลี่ยนยาตามความเข้าใจของตนเอง และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรค¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ นาคพรหมและประจักษ์ บัวผัน²⁴

ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น ผู้ที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานนานๆ ผู้ให้บริการควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยยังคงความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-efficacy) อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุก 6 เดือน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนห่วงใยเอาใจใส่ มีคุณค่าต่อการพยายามดูแลและจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. มีการพูดคุยสื่อสารกันในทีมผู้ให้บริการ โดยเฉพาะหากพบปัญหาที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น เรื่องยา อาหาร เป็นต้น

3. การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทีมผู้ให้บริการควรจัดกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยรายเก่าหรือรายใหม่ โดยอาจจัดในลักษณะเป็นกลุ่ม หรือรายบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาที่เหมือนหรือต่างกัน การจัดกระบวนการเป็นรายกลุ่มอาจช่วยลดภาระงานได้มากกว่า การจัดการรายบุคคลจะเหมาะกับผู้มีปัญหาซับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ผู้วิจัย ขอบขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลจนสำเร็จ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยนเรศวรที่สนับสนุนงบประมาณรายได้ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชลิต รัตตสาร. การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย มพท. เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2560 เข้าถึงได้จาก http://www.dmhthai.org/sites/default/files/briefingbook_38.pdf

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

2. Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hinmarsh, M., Schaefer, J. and Bonomi, A. Improving Chronic Illness Care: Translating evidence into action. *HEALTHAFFAIRS* 2001; 20 (6): 64-78.
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. ปรับตัว ปรับระบบอย่างไร ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรัง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2554; 2(6): 4-6.
4. Carrier, J. *Managing long-term conditions and chronic illness in primary care: A guideline to good practice*. London and New York: n.p. 2009.
5. HRSACAREACTION. Self-management and the Chronic care model. 2000. [Cited 2016 October 10]; Available from <http://hab.hrsa.gov/publications/march2006/>
6. Holman, H., Lorig, K. Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. *Public Health Reports* 2004. (119): 239-43.
7. อารีย์ เสนีย์. โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557. 15(2): 129-34.
8. สุภาพร เพ็ชรอาวูธ นันทิยา วัฒนา และนันทวัน สุวรรณรูป. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2554. 29(4): 18-26.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) ปี พ.ศ.2550 - 2557 จำแนกรายจังหวัด เขตบริการสาธารณสุข และภาพรวมประเทศ (รวมกรุงเทพมหานคร) 2557.
10. Cochran, W. G. *Sampling Techniques*, 2nd Ed., New York: John Wiley and Sons, Inc. 1963.
11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด. ปทุมธานี 2560. เข้าถึงเมื่อ 7 ธันวาคม 2560 เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>
12. อาทิตยา วัฒนสินธุ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาดิวัฒน์ และดวงฤดี ลาสุยะ. คุณสมบัตินៃเครื่องมือประเมินการดูแลโรคเรื้อรังในมุมมองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2559. 10 (1):
13. ศุภวรรณ มโนสุนทร, นพวรรณ อัสวรัตน์, ชาญุทธ วิหคโต และสุภาพร พรหมจีน. ในจรีพร คงประเสริฐ บรรณาธิการ. *แนวพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)* 2558. 2557 เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2560 เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/Clinic-NCD2015.pdf>
14. ภูอิน ภูมิกล้า. อุปสรรคต่อการควบคุมโรคเบาหวานในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *สารเภสัชศาสตร์* 2551. 2(7): 7-8.
15. ณัฐวรรณ ชัยมีเขียว และประสพสุข ศรีแสนปาง. การจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2560. 35(2): 148-55.
16. สามารถ อัยกร. *การจัดการองค์การภาครัฐและเอกชน*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร: สกลนคร, 2557.
17. ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจืองวงศ์. *ไลน์รูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ตโฟน: ข้อดี ข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน*. *วารสารนักบริหาร* 2557. 33 (4).
18. อาทิตยา วัฒนสินธุ์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ภูดิท เตชาดิวัฒน์ และดวงฤดี ลาสุยะ. ความเห็นพ้องของนิยามการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญไทยด้วยการใช้เทคนิคนอมิแนลกรุป. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2557. 9(1): 36-50.
19. จุฑามาศ เทียนสะอาด และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: แนวคิดและการประยุกต์ ในผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2559. 22(3): 223-32.
20. เกษม ด่านอก และสมจิต แคนสีแก้ว. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไต. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2560. 35(1): 91-99
21. รุ่งทิพา ชันธมุลและสมจิต แคนสีแก้ว. การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ* 2560. 35(2): 89-97
22. Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. and Salivaras, S. The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly* 2003. 7(1): 73-82.

23. พิมพ์ล วงศ์ไชยา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, และพินทอง ปิ่นใจ. การดูแลที่ยึดผู้รับบริการเป็น ศูนย์กลาง: บริการสุขภาพในศตวรรษที่ 21. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ 2560. 4 (พิเศษ): s361-71.
24. จุฬาทพร นาคพรหม และประจักษ์กร บัวผัน. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเทศบาลตำบลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2560. 10(1): 338-45.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสาร
ไอโอดีนและระดับไอโอดีนในปัสสาวะ ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัด
หนองบัวลำภู

**The Effects of Health Promotion Program and Health Volunteers's Participation on Preventive
behaviors regarding Iodine Deficiency and Iodine level in Pregnant Women , Nakha Tambon**

Promoting Hospital, Nongbualumphu Province.

มันทนา ใจกว้าง¹, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

Mantana Jaikuang Duangkamol Pinchaleaw, Somjai Puttakitukpol,

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน 1) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบ็คเกอร์ ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน สมุดบันทึกการกินสารไอโอดีน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค โรคขาดสารไอโอดีน หญิงตั้งครรภ์

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research were to study the effects of a health promotion program and health volunteers' participation on iodine level and preventive behaviors regarding iodine deficiency in pregnant women Nakha Tambon promoting hospital, Nongbualumphu Province. between the group which received a Health promotion program and health volunteers' participation and the group which received conventional care. The sample were 40 pregnant women who receiving antenatal service at Nakha Tambon Promoting Hospital, Nongbualumphu Province, and they were divided into the experimental group (20) and the control group (20). The research instruments divided in two parts: 1) health promotion program which developed based on the health believed model of Becker, consisting of a lesson plan, a handbook for preventing iodine deficiency during pregnancy, an iodine daily taking record form and a home visit record form 2) preventive behaviors regarding iodine deficiency questionnaires, and the reliabilities of these questionnaires were 0.98 respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

¹ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2. รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง แฉงนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3. รองศาสตราจารย์ ดร.แฉงนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

The result revealed as follows. After attending the program, preventive behaviors regarding iodine deficiency were significantly better than before attending the program, as well as these result were better than the control group ($p<.05$). Also, Iodine level of experimental group were significantly higher than before attending the program, as well as these result were significantly higher than the control group ($p<.05$).

Keywords: Health promotion, Preventive behaviors, Iodine Deficiency, Pregnant, Health Volunteers' Participation

บทนำ

ปัจจุบันโรคขาดสารไอโอดีนยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สาเหตุเกิดจากประชาชนได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สารไอโอดีนเป็นส่วนประกอบหลักที่สำคัญของฮอร์โมนไทรอยด์ที่มีหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาเคมีในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญ กระตุ้นให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เป็นไปตามปกติ⁽¹⁾ หญิงตั้งครรภ์เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน เพราะการตั้งครรภ์เป็นภาวะวิกฤตช่วงหนึ่งของชีวิต การขาดสารอาหารที่สำคัญเพียงชนิดเดียวในระหว่างการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ต่อทารกในครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเด็กและวัยผู้ใหญ่ได้⁽²⁾ โดยทั่วไปผู้ใหญ่มีความต้องการสารไอโอดีนประมาณ 100 – 150 ไมโครกรัมต่อวัน ขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีความต้องการมากกว่า 250 ไมโครกรัมต่อวัน⁽³⁾ การขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์จะก่อให้เกิดการแท้งบุตรหรือคลอดออกมาแล้วเสียชีวิต อีกทั้งทำให้ทารกเกิดมามีความพิการมาแต่กำเนิด มีสติ ปัญญาต่ำ หูหนวก เป็นใบ้ แขนขากระดูกแตกหัก เดินท่าทางผิดปกติ การทำงานของกล้ามเนื้อไม่ประสานกัน และการเจริญเติบโตของร่างกายช้ากว่าปกติ⁽⁴⁾

จากการวิเคราะห์โรคขาดสารไอโอดีนในภาคต่างๆ ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2553-2555 พบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงมีส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรเกินร้อยละ 50 โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 57.89, 51.43 และ 55.61 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน โดยสาธารณสุขจังหวัดได้ดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนมาตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน และจากรายงานสรุปของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2555- 2557 พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 58.9, 57.5, 51.5 ตามลำดับ โดยมีค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ (ไมโครกรัมต่อลิตร) 120.9, 130.7 และ 145.1 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดค่าไอโอดีน ในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร เกินร้อยละ 50 จัดเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน⁽³⁾ และผลจากการคัดกรองทารกแรกเกิด อายุ 48 ชั่วโมง พบว่า มีทารกแรกเกิดเป็นโรคขาดสารไอโอดีน ร้อยละ 20.40 , 28.67 , และ 24.37 ตามลำดับ และเมื่อคัดกรองทารกแรกเกิด อายุ 48 ชั่วโมงที่เป็นโรคขาดสารไอโอดีนในแต่ละอำเภอ พบอัตราทารกแรกเกิดที่ขาดสารไอโอดีน ดังนี้ อำเภอเมือง ร้อยละ 16.42 อำเภอนากลาง ร้อยละ 27.36 อำเภอโนนสัง ร้อยละ 11.11 อำเภอศรีบุญเรือง ร้อยละ 11.3. อำเภอสุวรรณคูหา ร้อยละ 12.90 และอำเภอนาวัง ร้อยละ 22.66 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู,2558) จึงเป็นดัชนีบ่งชี้ว่า อำเภอนาวัง จังหวัดหนองบัวลำภู มีปัญหาการขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิด

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนของอำเภอนาวังที่ผ่านมา ได้มีนโยบายให้ทุกหมู่บ้านเป็นชุมชนไอโอดีน มีการจัดตั้งกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน และจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนในทุกหมู่บ้าน และการสุ่มตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน 30 หลังคาเรือน ปีละ 2 ครั้ง ทุกหลังคาเรือนบริ โภคเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 90 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกรายร่วมกับส่งเสริมให้บริ โภคเกลือเสริมไอโอดีน สำหรับประชาชนทั่วไป ส่งเสริมให้บริ โภคเกลือเสริมไอโอดีน โดยทำควบคู่กับการณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า อำเภอนาวังก็ยังเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน อัตราการเกิดภาวะขาดสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดยังคงเป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง

มีการศึกษาที่นำแนวคิด แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่มีความเชื่อว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยนั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค และจะเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสียหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น⁽⁵⁾ มาใช้ในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนที่ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่ดี ส่งผลทำให้ระดับสารไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับปกติ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมในการป้องกันการขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์^(6,7)

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ผลดีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ของบุคคลในการเลือกปฏิบัติจะเป็นรากฐานของพฤติกรรมหรือเงื่อนไขที่ชักนำให้บุคคลหนึ่งๆ ตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่างออกมาตามการรับรู้ นั้น ร่วมกับใช้วิธีการให้ความรู้โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่มเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้ และการค้นหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน อันจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแรงสนับสนุนเนื่องจากเป็นตัวแทนของประชาชน มีความสนิทสนมและใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร แนะนำ กระตุ้นเตือน ชักชวน หรือจัดหาแหล่งประโยชน์แก่หญิงตั้งครรภ์ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอสม. จะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two groups Pretest-Posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก จังหวัดหนองบัวลำภู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษารุ่นนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร และมารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ สถานบริการสาธารณสุข อำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 ถึงเดือน สิงหาคม 2560

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ที่อาศัยในอำเภอनावัง จังหวัดหนองบัวลำภู มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม กลุ่มละ 18 คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 20 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน เลือกพื้นที่ทำการศึกษา กำหนดพื้นที่ดำเนินการวิจัย คืออำเภอ นาเวียง จังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีจำนวน 5 ตำบล ที่เป็นพื้นที่ ระบาดของไอโอดีน ได้แก่ ตำบลนาแก ตำบลเทพศิรี ตำบลวัง ปลาป้อม ตำบลวังทอง และตำบลนากลาง สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก มา 2 ตำบล ได้แก่ กลุ่มทดลองเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่อาศัยในตำบลบ้านนาแก และกลุ่มควบคุมเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่อาศัยในตำบลวังปลาป้อม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ตั้งครรภ์ปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งด้านมารดาและทารก ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เลือดออกกระปริบ กระปรอย รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด หรือตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีความผิดปกติ มาฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่มีปัญหาในการ สื่อสาร สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สมจริตใจและยินดี เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) หญิงตั้งครรภ์ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนดในโปรแกรม มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยง เกิดขึ้นระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างย้ายถิ่นฐานที่อยู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม การส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของ Becker (1974)⁽⁶⁾ เพื่อส่งเสริมให้หญิง ตั้งครรภ์ มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคขาดสาร ไอโอดีนที่ ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแรงสนับสนุนใน การช่วยเหลือ กระตุ้นเตือน แนะนำ เชิญชวน กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน แนวทางการป้องกัน สาธิตและ ฝึกบันทึกการกินสารเสริมไอโอดีน แจกคู่มือการปฏิบัติตัว

เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและแบบบันทึกการกินสาร เสริมไอโอดีน 2) ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดย ให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีน ชมวี ดีทัศน์เด็กขาดสารไอโอดีน วิเคราะห์และประเมินความ รุนแรงของโรค 3) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ด้ว โดยให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมที่ถูกต้อง 4) การลด/ขจัดพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรค โดย อภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันวิเคราะห์ สาเหตุอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขปัญหา 5) ส่งเสริมการ รับรู้ความสามารถของตนเอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มี สารไอโอดีนสูง สาธิตและฝึกคำนวณสารไอโอดีนในอาหาร ประเมินผลการปฏิบัติตัวจากสมุดบันทึก กล่าวชมเชย และให้ กำลังใจ 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน โดย อสม.เพื่อติดตาม ประเมินการปฏิบัติตัว และกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและ อุปสรรค และให้การเสริมแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือตรวจค่าระดับ ไอโอดีน ในปัสสาวะ และ แบบสอบถาม ดังนี้

2.1 เครื่องมือตรวจค่าระดับไอโอดีนในปัสสาวะ เป็น เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ผ่านการสอบเทียบและบำรุงรักษาปี ละ 2 ครั้ง นักวิทยาศาสตร์การแพทย์จะเป็นผู้ตรวจ ในการ ศึกษาครั้งนี้ส่งตรวจที่ ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น การ แปลผล ค่าไอโอดีนในปัสสาวะ ดังนี้⁽⁸⁾ น้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร หมายถึง ยังมีปัญหาการขาดสารไอโอดีน 150-249 ไมโครกรัมต่อลิตร หมายถึง ได้รับไอโอดีนเพียงพอ 250-499 ไมโครกรัมต่อลิตร หมายถึง ได้รับไอโอดีนเพียงพอ แต่เริ่มมากเกินไป 500 ไมโครกรัมต่อลิตรขึ้นไป หมายถึง ได้รับ ไอโอดีนมากเกินไป

2.2 แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และ ความเพียงพอของรายได้ ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุครรภ์ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ประวัติการ คลอด และการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงแหล่งสาร ไอโอดีน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ จิตรลดา พิมพ์พรหม (2554)⁽⁷⁾ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่ปฏิบัติเลยจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเป็นด้านบวกจำนวน 11 ข้อ และคำถามด้านลบ 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ด้านบวก	ด้านลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	1 คะแนน	4 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ระหว่าง 36-48 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคถูกต้องระดับสูง

ระหว่าง 23-35 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคถูกต้องระดับปานกลาง

ระหว่าง 1-22 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคถูกต้องระดับต่ำ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การหาความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมเกี่ยวกับรูปแบบ ความเหมาะสมของระยะเวลาและกิจกรรม ส่วนเครื่องมืออื่นๆ ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับการวัดตัวแปร และความเหมาะสมของสำนวนภาษาที่ใช้ ประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI ของ คู่มือปฏิบัติในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ สมุดบันทึกการกินสารเสริมไอโอดีน แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน สำหรับ อสม. แผนการสอน และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน เท่ากับ 0.94, 0.94, 0.94, 0.90, 0.98 ตามลำดับ การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 48/2559 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกันระหว่างเดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2560 โดยกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังปลาบ่อม ในวันจันทร์และวันพุธ ที่ 1, 3 ของเดือน ส่วนกลุ่มทดลองเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก วันทุกวันในเวลาราชการ และจับคู่ (matching) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันในด้าน อายุ ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา และระดับไอโอดีน ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจตามนัดที่แผนกฝากครรภ์ กล่าวทักทายแนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อความใดยังไม่ครบสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตอบเพิ่มจนครบ และนัดหมายพบกันในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเก็บปัสสาวะส่งตรวจหาสารไอโอดีนและประเมินแบบสอบถามชุดเดิม และปิดการวิจัย โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์เตือนล่วงหน้า 1-2 วัน ก่อนวันนัด

สัปดาห์ที่ 2-11 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ การตรวจครรภ์ การตรวจร่างกายทั่วไป การสอน โรงเรียนพ่อแม่ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลหลังการทดลอง ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาและสถานที่ที่นัดหมาย กล่าวทักทาย พูดคุย ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป 2) เก็บ

ตัวอย่างปัสสาวะเพื่อส่งตรวจหาค่าไอโอดีน หลังจากนั้นขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อความใดยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มจนครบถ้วน 3) ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและกิจกรรมอื่นๆ ในโปรแกรม เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน 4) แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า เป็นวันสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ส่งเสริมและให้กำลังใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล อย่างต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้และปิดการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย กิจกรรมที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มๆ ละ 3-5 คน จำนวน 3 ครั้ง ณ ห้องสอนสุขศึกษา หน่วยฝากครรภ์ และติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ใช้เวลาประมาณ 90 นาที พร้อมทั้งนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)

สัปดาห์ที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน และบันทึกการกินสารเสริมไอโอดีนลงในสมุดบันทึกทุกวัน และศึกษาแนวทางการปฏิบัติตัวจากคู่มือการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคขาดสารไอโอดีน สามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ใช้เวลาประมาณ

90 นาที พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ต่อไป คือสัปดาห์ที่ 4 โดยนัดหมายวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัย และ อสม. มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีน และรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและปัญหาสุขภาพทั่วไปโดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา คำแนะนำ และร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง และ อสม.วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งให้กำลังใจ และชมเชย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่ดี มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องใช้เวลา 30-45 นาที และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 7 ณ สถานที่ และวันเวลาเดิม

สัปดาห์ที่ 5-6 หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน และบันทึกลงในสมุดบันทึกการกินสารไอโอดีนทุกวัน ศึกษาแนวทางการปฏิบัติตัวจากคู่มือการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคและลด/ขจัดอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน วัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสารไอโอดีนของตนเอง และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา อุปสรรค และสามารถค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า อสม.จะติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ต่อไป คือ สัปดาห์ที่ 8 โดยนัดหมายวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดย อสม. มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีน และรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนรวมทั้งให้กำลังใจ และชมเชย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่ดี มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องใช้เวลา 30 นาที และนัดหมายการเยี่ยมบ้าน โดย อสม. ในสัปดาห์ที่ 11 ตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สัปดาห์ที่ 9-10 หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง และบันทึกลงในสมุดบันทึกการกินสารไอโอดีนทุกวัน ศึกษาแนวทางการปฏิบัติตัวจากคู่มือการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนรวมทั้งปัญหาและอุปสรรค

สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน โดยขอสม.มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและติดตาม ให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีน และรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหาอุปสรรคในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน รวมทั้งให้กำลังใจ และชมเชย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกที่ดี มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการเช่นเดียวกับกิจกรรมเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ และระดับไอโอดีนในปีสภาวะ หลังการทดลองดำเนินการดังนี้ 1) กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง พูดคุย ชักถามอาการทั่วไป และภาวะสุขภาพ เปิดโอกาสให้ซักถามหรือแสดงความคิดเห็นถึงโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของสม. 2) ประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีนจากสมุดบันทึกการกินสารไอโอดีน กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เหมาะสม โดยรับประทานอาหารที่มีสารไอโอดีนอย่างเพียงพอกับความต้องการ และรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนครบตามเวลา 3) เก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อส่งตรวจหาค่าสารไอโอดีน หลังจากนั้นขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมมารับประทานโรค

ขาดสารไอโอดีน 4) แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า เป็นวันสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ส่งเสริมและให้กำลังใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้พร้อมทั้งมอบของที่ระลึกและปิดการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18-23 ปี ร้อยละ 60 และร้อยละ 45 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65 ในขณะที่กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 45 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001-20,000 บาท และไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 60 และร้อยละ 65 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 และมีอายุครรภ์ 9-12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 55 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีประวัติการคลอดบุตรที่ผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 95 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4.3 และ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของหญิงตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมมารับประทานโรคขาดสารไอโอดีน					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n = 20)	27.75	2.46	43.3	1.12	-29.041	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 20)	26.35	2.41	30.9	3.00	-12.945	.000*

*p-value < .05

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนก่อนทดลองเท่ากับ 27.75 (SD = 2.46) หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 43.3 (SD = 1.12) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนก่อนทดลองเท่ากับ 26.35 (SD = 2.41) หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 30.9 (SD = 3.00) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t- test	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	27.75	2.46	26.35	2.41	-1.814	.078
หลังทดลอง	43.30	1.12	30.90	3.00	-28.487	.000*

*p-value < .05

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเท่ากับ 27.75 (SD = 2.46) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเท่ากับ 26.35 (SD = 2.41) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเท่ากับ 43.3 (SD = 1.12) และกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาด

สารไอโอดีน เท่ากับ 30.9 (SD = 3.00) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4.5 และหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t- test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง(n=20)	63.60	26.2	ขาด	214.86	46.3	เพียงพอ	-11.427	.000*
กลุ่มควบคุม(n=20)	76.99	43.68	ขาด	132.04	24.9	ขาด	-6.491	.000*

*p-value < .05

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไอโอดีนในปัสสาวะก่อนทดลองเท่ากับ 63.60 (SD = 26.2) ซึ่ง

อยู่ในระดับขาดไอโอดีน หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 214.86 (SD = 46.3) และอยู่ในระดับเพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ค่าเฉลี่ยของไอโอดีนในปีสภาวะ ก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของไอโอดีนในปีสภาวะก่อนทดลองเท่ากับ 76.99 (SD = 43.68)

หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 132.04 (SD = 24.9) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของไอโอดีนในปีสภาวะ ก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 4เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเพียงพอของไอโอดีน
ในปีสภาวะก่อนและ หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มควบคุม (n = 20)			t-test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนทดลอง	63.60	26.2	ขาด	76.99	43.68	ขาด	1.175	.249
หลังทดลอง	214.8	46.34	เพียงพอ	132.0	24.9	ขาด	-7.036	.001*

*p-value < .05

จากตาราง 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของไอโอดีนในปีสภาวะก่อนทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของไอโอดีนในปีสภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและระดับไอโอดีนในปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาแก อำเภอนาหวัง จังหวัดหนองบัวลำภู สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ อสม.มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏนภา บัณฑิตสุวรรณ (2557)⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิง

ตั้งครรภ์ โดยการประยุกต์ ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและการรับรู้ด้านความเชื่อทางสุขภาพที่ถูกต้อง มีการปฏิบัติตัวป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่ดีขึ้น และมีระดับสารไอโอดีนในปีสภาวะสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)⁶ โดยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ลด/ขจัดพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรค ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน โดยจะมีอสม.ร่วมทุกกิจกรรม สามารถ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนเป็นอย่างดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมโดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการบรรยายประกอบสไลด์และภาพ เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน สาเหตุ และโอกาสมีบุตรเป็นโรคขาดสารไอโอดีน และให้ชมวิดีโอที่ผลิตจากมารดาที่ขาดสารไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งการให้ความรู้จะมีผลต่อความเชื่อของบุคคล ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หากไม่รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน หรืออาหารที่มีสารเสริมไอโอดีนสม่ำเสมอ และยังมีกรให้ความรู้เกี่ยวกับปริมาณสาร

ไอโอดีนที่ควรได้รับในแต่ละวัน การสาธิตและฝึกคำนวณ ปริมาณไอโอดีนจากอาหารที่รับประทาน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ประเมินตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสาร ไอโอดีนหรือไม่ และให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีไอโอดีนสูง การเลือกเมนูอาหาร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อมูลในการเลือก รับประทานอาหารที่มีไอโอดีนสูง อีกทั้งยังได้รับการกระตุ้น เตือน ติดตามการปฏิบัติตัวจากการเยี่ยมบ้าน โดยอสม. และ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและประเมินตนเอง ว่าได้รับสารไอโอดีนเพียงพอหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างก็จะมี ความเข้าใจต่ออันตรายของโรคขาดสารไอโอดีนที่อาจ ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ จะเห็นได้จาก การบันทึกการกินสารเสริมไอโอดีนของกลุ่มตัวอย่างในการ เยี่ยมบ้านครั้งแรก ยามืดเสริมไอโอดีน และการใช้เครื่องปรุงร วมเสริมไอโอดีน เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วขาว เหมาะสม ร้อยละ 55 ไม่ เหมาะสม ร้อยละ 45 หลังจาก ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติตัว ลด/ขจัดพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคในการ ป้องกันโรค ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ เยี่ยมบ้าน กระตุ้น แนะนำ ให้กำลังใจโดยอสม. เพิ่มขึ้นเป็น เหมาะสม ร้อยละ 100 เป็นต้น

การมีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนและรับรู้ เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่าง ดังกล่าวมา จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่ดีและมีการปฏิบัติตัวอย่าง ต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ กล่าวคือ รับประทานยามืดเสริม ไอโอดีนทุกวันสม่ำเสมอ (ร้อยละ 100) ใช้เกลือเสริมไอโอดีน และน้ำปลา ซีอิ๊วปรุงเสริมไอโอดีน (ร้อยละ 100) ในการปรุงร วมอาหาร กินไข่เสริมไอโอดีน (ร้อยละ 95) และอาหารที่ให้สาร ไอโอดีนสูง และเลือกซื้อเกลือเสริม ไอโอดีนมาใช้ใน คราวเรือน (ร้อยละ 100) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี พฤติกรรมในการป้องกันโรคเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ การศึกษาของ จิตรลดา พิมพ์พรหม (2555)⁽⁷⁾ ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนต่อ ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภายหลังจากทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันการขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.05) และการศึกษาของทิวาทิพย์

แสนเมือง (2555)⁽⁹⁾ ศึกษาผลการให้สุขศึกษาตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนใน หญิงตั้งครรภ์ ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.01)

และผลการวิจัยยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มควบคุมที่ ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพหลังทดลอง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนทดลองเช่นเดียวกัน (ก่อนทดลอง M = 26.53, SD = 2.41, หลังทดลอง M = 30.9, SD = 3.0) แต่ระดับ พฤติกรรมยังอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ซึ่ง Becker (1974)⁽⁵⁾ กล่าวว่า นอกจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแล้วยังมี ปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติในการป้องกันโรค สอดคล้องกับ บุญหาว ประ ทุมรัตน์ (2554)⁽¹⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำ โสม จังหวัดอุดรธานีกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนของ หญิงตั้งครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคขาดสาร ไอโอดีนมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคขาด สารไอโอดีนมีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสาร ไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการ ประกอบอาชีพจะสัมพันธ์กับความรู้ระดับรายได้

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และ การมีส่วนร่วมของ อสม.มีค่าระดับไอโอดีนในปีสภาวะหลัง การทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจาก ทดลองค่าเฉลี่ยของระดับไอโอดีนในปีสภาวะของหญิง ตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุข สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้ เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งจัดกิจกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลกระทบที่จะเกิดกับมารดาและทารกในครรภ์การให้นมวิธีที่สันต์เด็กขาดสารไอโอดีน การให้ความรู้เรื่องปริมาณสารไอโอดีนที่ควรได้รับในแต่ละวัน การฝึกการคำนวณ การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์และค้นหาปัญหาอุปสรรค ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และการติดตามเยี่ยมบ้านของ อสม. เพื่อกระตุ้นเตือน แนะนำ ตรวจสอบการใช้เกลือในครัวเรือน การบันทึกการกินสารไอโอดีนและประเมินผลการปฏิบัติตัวว่าเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ การให้คำแนะนำ และการเสริมแรงจากผู้วิจัย และ อสม. ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว สามารถลด/ขจัดพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันโรค และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสูงขึ้น จึงมีการปฏิบัติตัวที่ต่อเนื่องตลอด 12 สัปดาห์ ซึ่งเมื่อก่อนตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้องแล้ว แม้จะมีอุปสรรคในการปฏิบัติก็จะสามารถจัดอุปสรรค และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับการส่งเสริมความสามารถและผลดีจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างคำนวณสารไอโอดีนจากอาหารที่รับประทานทุกวันว่าได้รับเพียงพอหรือไม่ บันทึกการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน และประเมินผลการปฏิบัติจากข้อมูลในสมุดบันทึกและการเยี่ยมบ้านโดยอสม. เมื่อเป็นไปตามเป้าหมาย จะเห็นได้จาก การบันทึกการกินสารเสริมไอโอดีนในสมุดบันทึก และคำนวณไอโอดีนที่กลุ่มทดลองได้รับในแต่ละวัน ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกได้รับไอโอดีน 250 ไมโครกรัม/วัน เพียงพอร้อยละ 55 ไม่เพียงพอ ร้อยละ 45 และการเยี่ยมบ้านกระตุ้นเตือนและแนะนำ ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 โดย อสม.การได้รับไอโอดีน 250 ไมโครกรัม/วันของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นเป็น เพียงพอ ร้อยละ 100 ส่งผลให้ระดับไอโอดีนในปีสภาวะเพิ่มขึ้นและเพียงพอกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับ การศึกษาของ นาฏนภา บัณฑิตสุวรรณ (2557)⁶⁾ ได้ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

การเป็นโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การรับรู้ความ สามารถของตนเองในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และระดับสารไอโอดีนในปีสภาวะหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับไอโอดีนในปีสภาวะให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือระดับไอโอดีนเพียงพอ (150-249 ไมโครกรัม/ลิตร) และไอโอดีนเป็นสารที่ร่างกายต้องการปริมาณน้อย แต่จำเป็นต้องได้รับทุกๆ วัน การเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นเตือน แนะนำ ให้กำลังใจ และชมเชยโดย อสม. จึงเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่สำคัญเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ระดับไอโอดีนในปีสภาวะเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1 จากการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ส่งผลให้ค่าระดับไอโอดีนปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปีสภาวะไม่เพียงพอ (น้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร) เพิ่มขึ้นเป็นระดับไอโอดีนเพียงพอ (150-249 ไมโครกรัม/ลิตร) จึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนขยายผลในหญิงตั้งครรภ์ตามความเหมาะสมต่อไป

2 ควรอบรมให้อสม.ทุกคนในการติดตามหญิงตั้งครรภ์โดยการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นเตือน สอบถามปัญหาและให้กำลังใจ และยังช่วยย้ำเตือนให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ เชื่อมั่นและมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน

โรคขาดสารไอโอดีน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรมีการจัด
อสม.ให้ติดตามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายอย่างต่อเนื่อง

3 การบันทึกการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรค
ขาดสารไอโอดีนในสมุดบันทึกการกินสารเสริมไอโอดีน อาจ
ประยุกต์ใช้กับโรคอื่นๆ เช่น โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
โดยเฉพาะการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เช่น การคำนวณ
ปริมาณไอโอดีน ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีไอโอดีนสูง
และนำเมนูอาหารประจำท้องถิ่นที่จัดทำขึ้น เป็นสื่อในการให้
ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1 ควรศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริม
สุขภาพและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อ
ระดับไอโอดีนในปัสสาวะและพฤติกรรมป้องกันโรคขาดสาร
ไอโอดีนต่อกลุ่มวัยอื่นๆ เช่น เด็กวัยเรียน ผู้ปกครองเด็กอายุ
0-5 ปี หรือกลุ่มเสี่ยงโรคขาดสารไอโอดีน เพื่อป้องกันไม่ให้
เป็นโรคขาดสารไอโอดีน

2 ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีหรือสมาชิกใน
ครอบครัวในการส่งเสริมและกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์
รับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีนเป็นประจำทุกวัน และจัดหา
อาหารที่มีสารเสริมไอโอดีนให้รับประทานต่อผลของระดับ
ไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์

3 ควรศึกษาต่อเนื่องถึงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ เช่น
ผลการเจาะ TSH ทารกแรกคลอด อาการผิดปกติต่างๆ
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เช่น การคลอดก่อน
กำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจ
เอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และรองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ
พุก ฑาพิทักษ์ผล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้ข้อคิด
คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ คอยกระตุ้น
เตือนพร้อมทั้งให้กำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึก
ซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Nohn & Laurberg. Opposite Variations in maternal and neonatal thyroid function induced by iodine supplementation during pregnancy. **Journal Endocrinology and Metabolism**.2000.
2. Symond, Budge & Stephenson. The damaged brain of iodine deficiency: cognitive, behavioral, neuromotor, educative aspects. **Cognizant Communication Corp**, 1994
3. World Health Organization/UNICEF/International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders. **Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for program managers**. France, 2007. [n.p.]
4. Hetzel. Elimination iodine deficiency disorders—the role of the Internation support. **Vopr Pitan**,80(2), 2002.
5. Becker, M.H. A new approach to explaining sick role behavior in low income population. **American of Public Health**, (3), 1974. 330-336.
6. นาฏนภา ปัดชาสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2557.
7. จิตรลดา พิมพ์พรหม. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนต่อ ความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ (รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2555.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2554.
9. ทิวาทิพย์ แสนเมือง. ผลการให้สุศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555.
10. บุญหาวาย ประทุมรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ของหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาล
ในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

**The Effects of a Home Visits Program and Family's Participation on Health Behaviors to Control
Diabetic Mellitus and Blood Sugar Level of Gestational Diabetic Women Nonghan Hospital,
Udonthani Province**

สุกานดา พลบุตร¹, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว², สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล²
Sukanda Pholboot¹, Duangkamol Pinchaleaw², Somjai Puttapitukpol²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดคลาสเอวัน ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนงหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยประยุกต์ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1995) ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสมุดบันทึกการเยี่ยมบ้าน และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.86-1.0 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบแมนวิทนี ยู

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วม โปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วม โปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน การมีส่วนร่วมของครอบครัว พฤติกรรมควบคุมโรค ระดับน้ำตาลใน เลือด เบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research were to study the effects of a home visits program and family's participation on health behaviors to control diabetes mellitus and blood sugar level in gestational diabetic women between the group which received a home visits program and family's participation and the group which received conventional care. The sample were 48 gestational diabetic women who receiving antenatal service at the Nonghan Hospital, Udonanee Province, and they were divided into the experimental group (20) and the control group (20). The research instruments include: 1) a home visits program which developed based on the empowerment concept of Gibson (1995), consisting of a lesson plan, a handbook of gestational diabetic women and a home visit record form and 2) the health behaviors to control diabetes mellitus questionnaire and blood sugar level record form, content validity index were 0.86-1.00 and the reliability of questionnaire was 0.84. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Mann-Whitney U test.

The result revealed as follows. After attending the program, health behaviors to control diabetes mellitus were significantly better than before attending the program, as well as these result were better than the control group ($p < .05$). Also, blood sugar level of experimental group were significantly less than before attending the program, as well as these result were significantly less than the control group ($p < .05$).

Keywords: Home visit, Family's participation, Health control behavior, Blood sugar level, Gestational Diabetes Mellitus

¹ นักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นความผิดปกติของคาร์โบไฮเดรตเมตาบอลิซึมที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือเพิ่งตรวจพบเป็นครั้งแรกในระหว่างการตั้งครรภ์⁽¹⁾ ในปี ค.ศ. 2015 พบสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั่วโลก 199.5 ล้านคน และคาดว่าจะปี ค.ศ. 2030 อาจเพิ่มสูงถึง 313.3 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 2.6-7⁽³⁾ ในจังหวัดอุดรธานีปี พ.ศ. 2557-2559 พบสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 4.83, 4.95 และ 5.08 ตามลำดับ จากสถิติโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ในปี 2557-2559 พบสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 7.32, 7.54 และ 7.98 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

ผลกระทบสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในโรงพยาบาลหนองหาน พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเป็น ความดันโลหิตสูงร้อยละ 6.34, 5.35 และ 7.69 การคลอดยากจากน้ำหนักทารกเกิน 4,000 กรัม ร้อยละ 4.76, 3.57 และ 7.69 ตามลำดับ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดคลาสเอวันทีเปลี่ยนมาฉีดอินซูลิน แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลหนองหาน จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่สามารถบอกวิธีปฏิบัติในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เนื่องจากสภาพร่างกายไม่แสดงอาการผิดปกติใดๆ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และครอบครัวก็สนับสนุนให้รับประทานกล้วยตาก เด็ก ด้านการออกกำลังกายสตรีตั้งครรภ์ยังมีทัศนคติว่า หากออกกำลังกายจะมีผลกระทบกับทารกในครรภ์ ส่วนใหญ่จึงไม่ออกกำลังกาย อีกทั้งยังขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคคลแวดล้อม เป้าหมายสำคัญพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปตามปกติ เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ซึ่งการควบคุมโรคเบาหวานจะได้ผลดีต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์

จากผลการศึกษาข้างต้นการเยี่ยมบ้านจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่น่าจะช่วยสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่แท้จริงของปัญหา ตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน ตลอดจนให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น เพื่อพัฒนาศักยภาพและความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ เป็นการส่งเสริมให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีพลังอำนาจในการควบคุมโรคเบาหวาน คือ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน⁽⁵⁾ กล่าวว่า เป็นการกระทำในรูปแบบต่างๆ ที่มุ่งพัฒนาให้เกิดศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลพัฒนาขีดความสามารถของตนเองในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตตนเองโดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) โดยผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้เกิดการพัฒนาตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้มีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ กิบสัน⁽⁵⁾ มาใช้ในการจัดการกิจกรรมในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน โดยมีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น โดยมุ่งเน้นให้สตรีตั้งครรภ์สามารถรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง เกิดการพัฒนาตนเอง และรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานได้ โดยผ่านกระบวนการที่มีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยกับสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นสัมพันธภาพด้านบวก มีความไว้วางใจกัน ร่วมมือกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ สอน แนะนำ ให้การสนับสนุน และจัดหาแหล่งประโยชน์ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการเยี่ยมบ้านนี้จะสามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

กับโรค ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อันจะนำไปสู่ความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและ หลังการทดลอง (Two groups Pretest-Posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดคลาสเอวัน มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารตอนเช้าต่ำกว่า 105 mg/dL และมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2560

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์พร้อมครอบครัวที่คลินิกครรภ์เสี่ยง อาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและสุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอน ดังนี้

1.2.1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน” ของพัชรี จันทอง (2555) ⁽⁶⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย

ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 เป็นกลุ่มละ 20 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ อายุครรภ์อยู่ในช่วง 24- 28 สัปดาห์ อาศัยอยู่กับสามีหรือครอบครัว สามารถพูด อ่าน เขียน ด้วยภาษาไทย สมรรถภาพและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) เปลี่ยนแผนการรักษาเป็นฉีดอินซูลินขณะทำการทดลอง คลอดก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุด มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้นระหว่างขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองครบทุกกิจกรรมตามโปรแกรม สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ⁽⁵⁾ (Gibson, 1995) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีครอบครัวเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ กระตุ้นเตือน ชักชวนปฏิบัติ แนะนำและให้กำลังใจ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) กิจกรรมตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) กิจกรรมตามแนวความคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย การร่วมรับเกี่ยวกับโรคและแนวทางการควบคุมโรค รับฟังปัญหา ร่วมตัดสินใจ กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ มีส่วนร่วมในการดูแลและประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ คชนิมวลกายก่อน

ตั้งครรภ์ น้ำหนักปัจจุบัน ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ กำหนด
คลอด ประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัว การได้รับความรู้
เรื่องเบาหวาน การเตรียมอาหารรับประทาน การออกกำลังกาย
ก่อนและขณะตั้งครรภ์ ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการออก
กำลังกาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว
ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์
กับสตรีตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคของ
สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย
ดัดแปลงลักษณะข้อคำถามมาจากแบบสอบถามพฤติกรรม
ควบคุมโรคเบาหวานของ สίαองศ์ เวียงนนท์ (2553)⁽⁷⁾ ที่สร้าง
จากแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (1996)⁽⁸⁾
ร่วมกับค้นคว้า ตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ด้าน
คือ ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการ
จัดการความเครียด และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยคำถามด้านบวก 20 ข้อ คือ ข้อ
1,3,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,18,19,20,21,22,23, และ 25 และ
คำถามด้านลบจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 2,4,8,14 และ 24 ลักษณะ
คำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติ
บางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นกับ
ข้อความเชิงบวกหรือข้อความเชิงลบดังนี้

เชิงบวก	ทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3 คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน 3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน ใช้วิธีแบ่งแบบอิงเกณฑ์ เป็น 3 ระดับ
ดังนี้

คะแนน > ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ปฏิบัติ
พฤติกรรมในระดับดี คือปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสม

คะแนน ร้อยละ 60-79.99 หมายถึง ปฏิบัติ
พฤติกรรมในระดับพอใช้ คือปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสมบางส่วนแต่ไม่ครบ ทุกด้าน

คะแนน < ร้อยละ 60 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรม
ในระดับต่ำคือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเหมาะสม

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด
ประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วย ครั้งที่เจาะ วันที่เจาะค่าน้ำตาลใน
เลือด และการแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ
กว่าเกณฑ์ (อันตราย) ระดับปกติ ระดับมากเกินไปเกณฑ์
(ต้องระวัง) และระดับสูงเกินเกณฑ์ (อันตราย)

เกณฑ์ FBS	2hr PPG
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ (อันตราย) < 60	< 60
ระดับปกติ	60-90 60-120
ระดับมากเกินไปเกณฑ์ (ต้องระวัง) > 90-120	> 120-180
ระดับสูงเกินเกณฑ์ (อันตราย) > 120	> 180

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การหา
ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน นำข้อมูลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ มา
คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity
Index: CVI) ได้ค่า CVI ของโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมี
ส่วนร่วมของครอบครัว แผนการสอน คู่มือการปฏิบัติตัว
เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน แบบบันทึกการรับประทานอาหาร
และการออกกำลังกาย แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
และแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน เท่ากับ
0.93, 0.86, 0.86, 0.95, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ การหาค่า
ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ
วิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุง
แล้วไปทดลองใช้ (try out) กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะ
ตั้งครรภ์ และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ
หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลเพิ่ม๋ึง จังหวัดอุดรธานี นำ
ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตร
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพร้อมกันระหว่างเดือน มีนาคม-กรกฎาคม 2560 โดยกลุ่มควบคุมเก็บข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่อาศัยในอำเภอทุ่งฝน ไซวาน และอำเภอภูแก้ว มารับบริการทุกวันอังคารบ่าย และเก็บข้อมูลในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่อาศัยในอำเภอหนองหาน ที่มารับบริการในวันจันทร์ อังคาร และวันพุธ ช่วงเช้า ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกิจกรรม 1) กล่าวทักทาย แนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม 2) แจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือดและบันทึกลงในแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้วิจัย 3) นัดหมายพบกันใหม่ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์เตือนล่วงหน้า 1-2 วัน ก่อนวันนัด

สัปดาห์ที่ 2-7 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่แผนกครรภ์เสี่ยง เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ การตรวจครรภ์ การตรวจร่างกายทั่วไป การสอนโรงเรียนพ่อแม่ การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 8 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลหลังการทดลองใช้เวลา 45-60 นาที ดังนี้ 1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างเจาะเลือดแล้ว กล่าวทักทาย ชักถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างและทารกในครรภ์ ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เพิ่มเติม เช่น การควบคุมอาหาร สาธิตการเดินและการแกว่งแขน และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมอบคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน หลังจากนั้นผู้วิจัย

กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ และปิดการวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้เป็นรายบุคคลและรายกลุ่มๆ ละ 2-3 คู่ ณ ห้องสอนสุขศึกษา คลินิกฝากครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง และการเยี่ยมบ้านจำนวน 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจสภาพปัญหาและสาเหตุที่เกิดปัญหาตามความเป็นจริง และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อสร้างความตระหนัก โดยใช้การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม สื่อที่ใช้ ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติ กรณีมีปัญหา ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา สะท้อนคิด และร่วมกันตัดสินใจและหาแนวทางในการแก้ปัญหาและจัดอุปสรรคที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา ชี้แนะ และให้ความรู้เพิ่มเติมตามสภาพปัญหาและตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว รวมทั้งติดตามประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือ/สนับสนุนกลุ่มตัวอย่างและบันทึกกิจกรรมเยี่ยมบ้านลงในแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลหนองหาน ในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งตรงกับวันนัดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานที่บ้าน โดยบันทึกการรับประทาน

อาหารตามระยะเวลาที่กำหนด และให้กลุ่มตัวอย่างคำนวณพลังงานจากอาหารที่รับประทานในแต่ละวันว่าเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ เช่น ตั้งเป้าหมายว่า วันละไม่เกิน 1,600 กิโลแคลอรี โดยมีครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ/สนับสนุน กระตุ้นเตือน ชักชวนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 45-60 นาที เป็น กิจกรรม ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามพฤติกรรมควบคุมโรคและประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ค้นหาปัญหาอุปสรรค ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ แนวทางแก้ไขปัญหา และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวดำเนินการเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรมเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อกระตุ้น ติดตาม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างพบกันที่โรงพยาบาลหนอง ในสัปดาห์ที่ 8 ของการทดลองพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าเป็นกิจกรรมครั้งสุดท้าย

สัปดาห์ที่ 7 กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวดำเนินการเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5

สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 90 นาที กิจกรรมประเมินผลหลังการทดลองครบตามโปรแกรมที่โรงพยาบาลหนองหาน ดังนี้ 1) กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวและแจ้งผลตรวจเลือดครั้งที่ 2 และให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกไว้ในแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด และเปรียบเทียบกับค่าน้ำตาลในเลือดก่อนทดลอง เพื่อให้เห็นค่าที่เปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติได้ 2) เปิดโอกาสให้ซักถามหรือแสดงความคิดเห็นในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานจากสมุดบันทึกชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถขอรับคำแนะนำ และขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมได้ รวมทั้งอาการผิดปกติที่หญิงตั้งครรภ์ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด 4) ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว กล่าวชื่นชมครอบครัวที่ได้ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์เป็นอย่างดี และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ถึงระยะสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อมูลยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบจนครบถ้วน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และปิดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และสถิติ Wilcoxon Signed rank test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 32.35 และ 32.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 45.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 60.0 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 55.0 และเพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 70.0 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 50.0 รายได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 50.0 และเพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 85.0

2. คัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 80.0 และ 75.0 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองตั้งครรภ์ที่ 3 (ร้อยละ 35.0) อายุครรภ์ที่เข้าร่วมคือ 24 สัปดาห์ (ร้อยละ 40) ส่วนกลุ่มควบคุมตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ที่ 2 (ร้อยละ 60.0) อายุครรภ์ที่เข้าร่วม 24

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สัปดาห์ (ร้อยละ 45.0) ประวัติการเป็นเบาหวานในครอบครัวพบเป็นพ่อหรือแม่ ในกลุ่มทดลองร้อยละ 50.0 และกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 75.0 ทั้งสองกลุ่มเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 70.0 และร้อยละ 85.0 ตามลำดับ และจะเตรียมอาหารรับประทานเองร้อยละ 85.0 เท่ากันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 40.0 จบการศึกษามัธยมศึกษา

ตอนต้นและตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 35.0 ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 45.0 จบการศึกษาระดับประถม และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50 และร้อยละ 60.0 และมีความเกี่ยวพันโดยเป็นสามีของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 70.0 และ 65.0 ตามลำดับ)

4. พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม(n=20)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม(n=20)		Z	p-value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	73.40	7.06	96.40	3.84	-3.925	0.000*
กลุ่มควบคุม	75.95	6.84	84.55	5.06	-3.887	0.000*

*p-value < .05

จากตาราง 1 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม ก็

พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

5. ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารตอนเช้า (FBS) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=20)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=20)		Z	p-Value
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	101.45	2.09	81.20	7.82	-3.922	0.000*
กลุ่มควบคุม	101.75	1.89	96.80	8.31	-3.005	0.003*

*p-value < .05

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารตอนเช้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 101.45(SD=2.09) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ 81.20 (SD=7.82) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon Signed rank test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย

ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารตอนเช้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 101.75 (SD=1.89) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ 96.80(SD=8.31) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ

Wilcoxon Signed rank test พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2hr PPG) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=20)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=20)		t	df	p-Value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง	133.40	13.19	108.01	13.08	6.412	19	0.000*
กลุ่มควบคุม	133.20	16.80	123.45	18.55	1.907	19	0.072

*p-value < .05

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2hr PPG) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 133.40 (SD = 13.19) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเท่ากับ 108.01 (SD = 13.08) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2hr PPG) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง (2hr PPG) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 133.20 (SD = 16.80) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยลดลงเท่ากับ 123.45 (SD = 18.55) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลหนองหาน อำเภอนองหาน จังหวัด

อุดรธานี สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งนำไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิไลวรรณสัมพัทธ์ (2547)⁽⁹⁾ สุทธิ จินตามัย (2552)⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลการเยี่ยมบ้านต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า หลังการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเองและมีการควบคุมโรคดีกว่าก่อนเยี่ยมบ้านและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า โปรแกรมเยี่ยมบ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊ิบสัน⁽⁵⁾ (Gibson, 1995) มาใช้ในการจัดกิจกรรมดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัว สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน ได้เป็นอย่างดี อธิบายได้ว่า ในการเยี่ยมบ้านผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่าง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ใกล้ชิดเป็นรายบุคคลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ และยังทำให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างได้ด้วย อีกทั้งในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยเริ่มตั้งแต่เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความวิตกกังวลต่างๆ ให้คุณภาพทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภาพมารดาตกเลือดหลังคลอด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้สถานการณ์ตามความจริง และตระหนักถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การยกตัวอย่างกรณีศึกษา ที่สามารถปฏิบัติตัวจนสามารถควบคุมโรคได้ เป็นการเสริมพลังให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ เข้าใจและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และผู้ป่วยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด และแนวทางในการควบคุมโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ และเป็นการส่งเสริมความเข้าใจสาเหตุของปัญหาเพื่อนำไปสู่การกำหนดวิธีแก้ไขปัญหาต่อไป

นอกจากนี้จัดให้มีการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการควบคุมโรคเบาหวานทั้งด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นรายบุคคล ได้แก่ การใช้อาหารแลกเปลี่ยน การคำนวณพลังงานและปริมาณอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน โดยใช้อาหารจริงภายในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง และสาธิตการจัดรายการอาหารใน 1 วัน ที่ให้พลังงานตามที่กำหนด รวมทั้งฝึกการเดิน การแกว่งแขน การหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกบันทึกการรับประทานและการออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดความมั่นใจ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่า บางรายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีปัญหาในเรื่องการรับประทาน อาหาร โดยชอบรับประทานข้าวเหนียวซึ่งให้พลังงานสูง โดยรับประทานทั้ง 3 มื้อ ไม่ได้ลดจำนวนลง

หรือใช้อาหารทดแทนแป้ง กินขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ไม่เคยควบคุมสัดส่วนและปริมาณอาหาร เมื่อเข้าร่วมโปรแกรม มีการปรับเปลี่ยนเป็นรับประทานข้าวเจ้าแทนและลดปริมาณลง และเปลี่ยนจากการรับประทานประจำและบ่อยครั้ง เป็น ไม่รับประทานเลยหรือรับประทานเป็นบางครั้ง นอกจากนี้ในการออกกำลังกายปกติไม่ออกกำลังกาย เพราะกลัวผลกระทบต่อลูก เมื่อได้รับการฝึกทักษะการเดินและแกว่งแขน ทำให้มีข้อมูลในการตัดสินใจที่จะเลือกวิธีออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการเดิน หรือแกว่งแขน และเปลี่ยนจากไม่เคยออกกำลังกายเลยหรือออกเป็นบางครั้ง เป็น ออกกำลังกายเป็นประจำและบ่อยครั้ง ครั้งละ 30 นาที นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่ม เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลตามนัด มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถรับประทานอาหารตามสัดส่วนและพลังงานที่ควรได้รับตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ในแต่ละสัปดาห์ และมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น และยังเป็น การเสริมสร้างประสบการณ์ทางบวกแก่กลุ่มตัวอย่างอีกด้วย อีกทั้งครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นสามีคอยดูแลช่วยเหลือ กระตุ้นเตือน หรือชักชวนให้ออกกำลังกาย โดยครอบครัวจะร่วมเดินด้วย จัดหาอาหารลดแป้งและน้ำตาล เน้นโปรตีน ผัก และผลไม้ หรืออาหารทดแทนมารับประทาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจและรู้สึกมีคุณค่า ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องในช่วงการปฏิบัติกิจกรรมที่บ้านให้ครอบครัวกระตุ้นเตือนพฤติกรรมในการควบคุมโรคเช่น การเตรียมหรือการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การเตือนให้งดรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมหรือเตือนให้รับประทานในปริมาณที่พอเหมาะการชักชวนให้ออกกำลังกาย สังเกตอาการ การให้คำปรึกษาและแนะนำ และเมื่อผู้วิจัยให้กำลังใจ และชมเชยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม จากการประเมินผลการปฏิบัติจากแบบบันทึกการรับประทานและการออกกำลังกาย และการสอบถามจากครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ

ในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ตลอด 8 สัปดาห์ ด้วยเหตุนี้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของสตรีตั้งที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมจึงดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวมจากระดับพอใช้เป็นระดับดี

เมื่อพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพิ่มสูงขึ้นจากระดับพอใช้เป็นระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ฝากครรภ์มาแล้วหลายครั้งเจ้าหน้าที่จะสอนการควบคุมอาหารและให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเช่นเดียวกัน ร่วมกับส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี ถึง ร้อยละ 80 ถือเป็น ผู้ที่มีวุฒิภาวะสูง มีความสามารถในการเข้าใจ หาทางเลือก และตัดสินใจในสิ่งต่างๆ และอายุยังมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล โดยบุคคลที่มีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจถูกต้องในการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก⁽¹¹⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารตอนเช้าของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลง

มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (หลังทดลอง $M = 81.20$, $SD = 7.82$, ก่อนทดลอง $M = 101.45$, $SD = 2.09$) และผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวลดลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (หลังทดลอง $M = 108.0$, $SD = 13.08$, ก่อนทดลอง $M = 133.40$, $SD = 13.19$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรมหารากร (2551)⁽¹²⁾ ศึกษาผลของการเสริม สร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังทดลองลดลงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ พัชร จันทอง (2555)⁽⁶⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่า การใช้โปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีการสอนให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเสริมพลังให้มีความสามารถ โดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ค้นพบปัญหาของตนเองตามความเป็นจริง การจัดกิจกรรมที่สะท้อนความคิด ได้แก่ การยกตัวอย่างกรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการฝึกทักษะต่างๆ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การได้รับคู่มือการปฏิบัติตัว เป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมพลัง รับรู้ศักยภาพของตนเอง ซึ่งการเสริมพลังอำนาจจะช่วยให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ดี อีกทั้งมีครอบครัวและผู้วิจัยเป็นแรงสนับสนุน ในการดูแลช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และประทับใจ และประทับใจให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้จากคนอื่นๆ การได้รับสนับสนุนจากบุคคลอื่นจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เสริมสร้างพลังอำนาจได้ผล ดียิ่งขึ้น⁽⁵⁾ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และจัดการความเครียด กล่าวคือ รับประทานอาหารตามพลังงานและปริมาณอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน ตามค่าดัชนีมวลกาย และตั้งเป้าหมายว่าจะลดอาหารประเภทใดบ้างและกินอาหารประเภทใดเพิ่มในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และงดหรือลดกินอาหารที่ให้พลังงานสูง โดยเฉพาะแป้งและน้ำตาล เช่น ขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เนื่อติดมัน ผักและผลไม้เป็นประจำและบ่อยครั้ง ส่วนการออกกำลังกายก็มีการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 30 นาที และเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือวิตกกังวลจะฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือปรึกษาสามีและขอคำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของทารกในครรภ์และไปตรวจตามนัดประจำ จึงส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ซึ่งอธิบายได้ตามพยาธิสรีรภาพได้ว่า อินซูลินมีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อร่างกายได้รับอาหารจะถูกย่อยให้เป็นน้ำตาลกลูโคส และซึมผ่านเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ขณะตั้งครรภ์จะมีภาวะคือต่ออินซูลินมากขึ้น จากผลของฮอร์โมน HPL ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มขึ้น ถ้าสตรีตั้งครรภ์กินแป้งและน้ำตาลในปริมาณมากทุกมื้อ เมื่อย่อยแล้วจะได้น้ำตาลกลูโคสซึ่งจะดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดโดยเร็ว การรับประทานอาหารข้าวกล้อง ผักและผลไม้หรืออาหารทดแทนแป้งจะชะลอการย่อยและการดูดซึมคาร์โบไฮเดรต เป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของกระดูก และข้อต่อของร่างกาย ซึ่งต้องใช้พลังงานที่ได้จากน้ำตาลกลูโคสที่สะสมอยู่ในเซลล์ของกล้ามเนื้อในรูปของไกลโคเจน เมื่อไกลโคเจนลดลงร่างกายก็จะใช้พลังงานจากน้ำตาลในเลือดต่อไป จึงเป็น

การช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อีกทั้งการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้อีกทางหนึ่ง เนื่องจากเมื่อมีความเครียดสะสมร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ออกมา และฮอร์โมนดังกล่าวจะกระตุ้นร่างกายให้ปล่อยพลังงานออกมาในรูปแบบของน้ำตาล ดังนั้นยิ่งเครียดมากเท่าไรระดับน้ำตาลในเลือดก็ยิ่งสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปปรับใช้กับสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทุกรายโดยจัดให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในทุกช่วงระยะของการตั้งครรภ์ เนื่องจากครอบครัวจะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรค

3. นำโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ ใช้เป็นแนวทางในการควบคุมโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่นๆ ได้ เช่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมเยี่ยมบ้านและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคหัวใจ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หลังได้รับโปรแกรมเปรียบเทียบ เช่น ภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด การตกเลือดหลังคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด

3. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวจนถึงหลังคลอด เพื่อติดตามการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องและติดตามผลลัพธ์ที่ส่งผลต่อทารกแรกเกิด

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham, F.G.et al. **Diabetes**. Cited in A. Seil, K.G. Edmonson, & K. Davis. (Eds.), Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw – Hill, 2010.
2. กองสถิติ กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558.
3. ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอมพร รตินทร และคิฎกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 29(2), 2554. 48-58.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. **สรุปรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี**. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, 2559. (เอกสารอัดสำเนา)
5. Gibson, C.H. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing**, 21(6),1995. 1201-1210.
6. พัชรี จันทอง. **ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2555.
7. สำออง เวียงนนท์. **ผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม, 2553.
8. Pender, N.J. (1996). **Health promotion in Nursing Practice** (3rd ed). London : Appleton & Lange, 1996.
9. พรวิไล วรรณสัมผัส. **ผลของการเยี่ยมบ้านต่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานสถานีอนามัยสิงห์ จังหวัดยโสธร** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม, 2547.
10. สุนทรี จินดามัย. **ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา, 2552.
11. Orem, DE. **Nursing concepts of practice** (3rd ed). New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
12. สุพร มหาวารกร. **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี** (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น, 2551.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ประสิทธิผลของการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีผลต่อความวิตกกังวล
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานี

EFFECTIVE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR NURSING PRACTICE IN PSYCHIATRIC WARD ON ANXIETY OF NURSING STUDENTS IN UDONTHANI NURSING COLLEGE

ธิดารัตน์ ห้วยทราย¹

Thidarat Huaisai

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้การปรึกษาโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) ที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานี ปีการศึกษา 2560 จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ได้รับการให้การปรึกษาการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นกลุ่มปิด จำนวน 6 ครั้ง และเน้นการค้นหาและการแทนที่ด้วยวิธีคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการให้การปรึกษาที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว สมุดบันทึกความคิด และแบบประเมินความวิตกกังวล (State Anxiety & Trait Anxiety) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการให้การปรึกษา

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีระดับความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับการให้การปรึกษาโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม และมีแบบแผนความคิดที่สมเหตุสมผล ยืดหยุ่น ทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การปรับความคิดและพฤติกรรม, ความวิตกกังวล

Abstract

This research was a quasi-experimental research. The purpose of study was to study the effective cognitive behavioral therapy for nursing practice in psychiatric ward on anxiety of nursing students in Udonthani Nursing College. The subjects were 20 students in the 2017 academic year. Students in the experimental group were divided into 3 groups (6-7 students per group). The intervention consisted for 6 time plus home identifying and developing realistic alternatives automatic thoughts practice. The instruments were two kinds of tools used in this study: 1) The counseling program was developed by the investigator according to the concepts of CBT. 2) Demographic Data Form, Anxiety Questionnaire based on Spielberger's STAI-Form X (Thai version), Nursing Student's diary records. Descriptive statistics were used to assess the demographic information. The difference of nursing student's anxiety between before and after intervention within groups.

This study shows that after given treatment by the group cognitive behavioral therapy counseling program did effectively reduce anxiety levels of nursing students and self awareness in cognitive pattern of negative that help to facilitate their behavioral changes in dealing with the problem and confront problems effectively.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) , Anxiety

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานี

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เพื่อก้าวสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในด้านความรู้และมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล จึงต้องมีการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอย่างเน้นหนัก เมื่อเข้าสู่การเรียนในระดับชั้นปีที่สูงขึ้น หลักสูตรการจัดการเรียนการสอนจะลงลึกในรายละเอียดของเนื้อหาเกี่ยวกับวิชาชีพการพยาบาลซึ่งจะมีความยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่โรงพยาบาลต่างๆ จึงมีภาระงานที่หนักซึ่งนักศึกษาแต่ละคนจะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ต้องศึกษาทำความเข้าใจข้อมูลพยาธิสภาพของโรคและการวางแผนการพยาบาลของผู้ป่วยในความดูแลในแต่ละวัน เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลกับนักศึกษาได้¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี ได้จัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตให้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 เป็นการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่บ้าน ในการฝึกปฏิบัตินักศึกษาอาจมีเรื่องกังวลใจกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากที่ผ่านมาขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย² จากการที่ไม่ค่อยเจอผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมากนัก ทำให้มุมมองของผู้ป่วยได้ไม่ชัดเจน นึกถึงสภาพของผู้ป่วยไม่ออก ส่งผลถึงการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย ที่สำคัญรู้สึกกลัวผู้ป่วยจิตเวชเวลาที่จะต้องไปฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวช เมื่อศึกษาสภาพการณ์จากบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษาที่เคยฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตในปีก่อน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติหรือในระยะแรกของการฝึกปฏิบัติจะมีความกังวลใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีความเชื่อเดิมว่าผู้ป่วยจิตเวช จะพูดไม่รู้เรื่อง เอะอะไวววาย ก้าวร้าวรุนแรง ทำให้นักศึกษารู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายร่างกายหรือลวนลาม ไม่ยอมให้ความร่วมมือ ไม่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถให้การพยาบาลในฐานะพยาบาลจิตเวชได้³

จากสาเหตุดังกล่าวล้วนส่งผลให้นักศึกษามีความวิตกกังวลและเกิดความกลัวในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย มีระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นหรือวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม¹³ ทำให้มีอาการแปรปรวน สับสน ความจำเสื่อม การรับรู้บกพร่องและบิดเบือน จำแนกแยกแยะเหตุการณ์ได้ไม่ดี นอนไม่หลับ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนลดลง¹⁰ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลหากมีในระดับมากส่งผลให้การรับรู้แคบลง ไม่มีสมาธิ การรับรู้ไม่สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม และหากความวิตกกังวลถึงขั้นรุนแรงที่สุด บุคคลจะตกอยู่ในภาวะตื่นตระหนก กลัวสุดขีด การรับรู้และการสื่อสารเสียไป อาจมีพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ก้าวร้าว รุนแรง และหมดสติได้¹² กลุ่มอาการวิตกกังวลเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุดของความผิดปกติทางจิต อย่างไรก็ตามผู้ที่มมีอาการวิตกกังวลได้รับการรักษาเพียง 30 % การได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาสามารถทำให้ผู้มีอาการได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งมีการรักษาที่หลากหลาย แต่จิตบำบัดเป็นการรักษาที่ได้รับความนิยมมากที่สุดสำหรับอาการวิตกกังวล เนื่องจากเป็นการส่งเสริมและป้องกันความรุนแรงที่อาจตามมา ประกอบด้วยพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) พฤติกรรม-ปัญญาบำบัด (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) การบำบัดทางจิต การบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ และครอบครัวบำบัด⁴ การศึกษาล่าสุดนี้ เชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ปัญหาทางด้านจิตใจนั้นเกิดขึ้นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะการปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเหตุผล หรือการพูดกับตนเองอย่างไม่มีเหตุผล วิธีการบำบัดนักศึกษาพยาบาลนั้นสามารถช่วยได้โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งช่วยเหลือให้นักศึกษาสามารถค้นพบระบบความคิดแง่ลบของตนเอง และพิสูจน์สมมติฐานของความคิดนั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล ถ้าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ก็สามารถที่จะพัฒนาปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นบวกหรือสมเหตุสมผลมากขึ้น¹¹ จากสภาพปัญหาดังกล่าว อาจารย์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

พยาบาลผู้รับผิดชอบรายวิชานี้ มีหน้าที่โดยตรงในการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา ได้เล็งเห็นความสำคัญในการช่วยเหลือนักศึกษาที่มีความวิตกกังวล ด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่ม โดยการใช้แนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบพูดคุย มีเป้าหมายเพื่อให้ให้นักศึกษาเข้าใจตนเอง มุ่งเน้นการหาเงื่อนไขที่ทำให้คิดมาก คิดไม่สมเหตุสมผล แก้ไขกระบวนการคิดใหม่ที่มีเหตุผลมากขึ้น และจากปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ ระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาและระหว่างนักศึกษาด้วยกัน ทำให้เกิดปัจจัยบำบัด เป็นกระบวนการที่ทำให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจสาเหตุความวิตกกังวลของตนเอง เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษามีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลโดยตรง มีการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรม ให้มีมุมมองในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้น เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จากการปรับเปลี่ยนความคิดนำสู่พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีระดับของความวิตกกังวลลดลง โดยผู้ศึกษาได้กำหนดแผนการให้การปรึกษาจำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ห่างกันครั้งละ 3-4 วัน ต่อเนื่องกัน 3 สัปดาห์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้การปรึกษาโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการให้การปรึกษาโดยใช้การปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ได้รับการพิจารณา

เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ในช่วงเดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2560

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 24 จำนวน 121 คน ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ไม่มีอาการทางจิต ไม่มีปัญหาด้านพุทธิปัญญา (Cognitive problem) และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย หลังจากได้รับคำชี้แจง จำนวน 20 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มที่มีความเหมาะสม เนื่องจากเป็นกลุ่มแบบการให้การปรึกษาที่ต้องการให้สมาชิกในกลุ่ม ได้มีโอกาสและเวลาในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในเวลาที่เหมาะสมคือ 90 นาที ลักษณะเป็นกลุ่มปิดให้จับกลุ่มสมาชิกกันเองโดยสมัครใจ จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะปัญหาที่คล้ายคลึงกันมาทำกิจกรรมร่วมกัน จะทำให้เกิดความไว้วางใจภายในกลุ่ม กล้าเปิดเผยความคิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียนสะสม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล (State Anxiety & Trait Anxiety) ซึ่งสร้างขึ้น โดยสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) และคณะ¹⁴ เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ซึ่ง

ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกมี 10 ข้อ (ข้อ 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) ส่วนข้อคำถามเชิงลบมี 10 ข้อ (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) ลักษณะแบบวัดความวิตกกังวลเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ ไม่มีเลยเท่ากับ 4 คะแนน มีบ้างเล็กน้อยเท่ากับ 3 คะแนน มีเป็นส่วนมากเท่ากับ 2 คะแนน มีมากที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้กลับค่าคะแนน ระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 20-39 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่ำ (low anxiety) 40-59 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลปานกลาง (moderate anxiety) และ 60-80 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง (high anxiety) ผู้ศึกษานำแบบวัดความวิตกกังวลไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้การปรึกษาโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ส่วนที่ 4 สมุดบันทึกความคิดที่มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกหลังขั้นตอน ครั้งที่ 1-5 ได้ฝึกเรียนรู้การจัดการความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน และประเมินผลการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่สู่พฤติกรรมใหม่และความสามารถในการพัฒนาความคิดเผชิญปัญหาที่สมเหตุผล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แบ่งออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน หลังจากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 6 ครั้ง โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ให้การปรึกษาด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินปัญหา วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความไว้วางใจ ทำให้นักศึกษากล้าที่จะระบายความวิตกกังวลในใจออกมา ผู้ให้

การปรึกษาสามารถประเมินและสรุปประเด็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้

ขั้นตอนที่ 2 เรียนรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และเหตุผลของการปรับความคิดและพฤติกรรม วัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และเข้าใจถึงเหตุผล/ประโยชน์ของการปรับความคิดและพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 เรียนรู้และฝึกปฏิบัติการค้นหาความคิดด้านลบ หรือและความคิดที่บิดเบือน วัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบแผนความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง ที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ จากนั้นสามารถค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้นในปัจจุบันออกมา และมีความเข้าใจในการบันทึกสมุดบันทึกความคิด

ขั้นตอนที่ 4 เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์เหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ความคิดตรงกับความเป็นจริงทดแทนความคิดที่บิดเบือน สามารถปรับความคิดด้านลบให้เป็นความคิดด้านบวก เปลี่ยนความคิดใหม่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เห็นถึงประโยชน์ของการปรับความคิดใหม่

ขั้นตอนที่ 5 เรียนรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการแก้ไข ปัญหา วัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ในเชิงสร้างสรรค์ได้

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผล ทบทวนความเข้าใจ และการนำไปใช้ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการแยกแยะประเด็นปัญหาและการปรับความคิดใหม่ที่สมเหตุผล ส่งผลสู่อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ของนักศึกษาที่เหมาะสม เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ และประโยชน์ในการปรับความคิดด้านบวก และการมองปัญหาในเชิงบวกที่สามารถเป็นไปได้ และการฝึกทำอย่างต่อเนื่อง

และหลังเสร็จสิ้นการให้การปรึกษานักศึกษาตอบแบบประเมินความวิตกกังวล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลความวิตกกังวลก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลัง การเข้ารับการให้การปรึกษาของกลุ่มตัวอย่าง
4. ข้อมูลการปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ ความรู้สึก อาการทางกายและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

สรุปและอภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90 เพศชาย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10 อายุไม่มีความแตกต่างอยู่ในช่วง 21-22 ปี มีค่าเฉลี่ยของผลการเรียนสะสม (GPA) เท่ากับ 2.93 ผลการเรียนสะสมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.50 - 2.99 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ผลการเรียนสะสมช่วง 3.00 - 3.49 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 25 และผลการเรียนสะสมตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10

2. สรุปข้อมูลความวิตกกังวลและวิธีลดความวิตกกังวล ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต จากคำถามปลายเปิดในระหว่างให้การปรึกษาและสมุดบันทึกความคิดที่นักศึกษาได้เขียนไว้ สามารถสรุปความได้ ดังนี้

2.1 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับด้านผู้ป่วย ได้แก่ ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นมาระหว่างการสนทนานักศึกษากังวลว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร กังวลว่าผู้ป่วยไม่สนใจจะพูดด้วย กังวลว่าจะใช้คำพูดกับผู้ป่วยไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบมากขึ้น กังวลว่าจะแก้ปัญหาไม่ได้เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยที่ตนรับผิดชอบได้ และกังวลว่าจะควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ได้

2.2 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมบนหอผู้ป่วย ได้แก่ นักศึกษารู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องให้การ

พยาบาลผู้ป่วยในห้องทำการรักษาพยาบาลตามลำพัง รู้สึกกังวลเมื่อไม่พบผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ และยังรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องขึ้นตึกที่มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมาก

2.3 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาจารย์นิเทศหรืออาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก ได้แก่ นักศึกษารู้สึกกังวลเมื่ออาจารย์นิเทศไม่สามารถมานิเทศนักศึกษาได้ กังวลเมื่อต้องรายงานอาการผู้ป่วยแก่อาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยง กังวลว่าจะถูกตำหนิจากอาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยงกังวลว่าจะได้คะแนนจากการประเมินของอาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยง ในการฝึกภาคปฏิบัติไม่ดี กังวลเกี่ยวกับลักษณะหรือรูปแบบการนิเทศของอาจารย์นิเทศ พฤติกรรมการแสดงออกต่อนักศึกษาขณะฝึกปฏิบัติของอาจารย์นิเทศ และภาระงานที่ได้รับมอบหมายมีความซับซ้อน ทำให้ส่งงานไม่ทัน

2.4 วิธีการลดความวิตกกังวลของนักศึกษา ได้แก่ ระบายความรู้สึกโดยการพูดคุยกับเพื่อนสนิท ครอบครัว หรือคนที่เราไว้ใจ ปรึกษาอาจารย์นิเทศ เพื่อน ครอบครัว รุ่นพี่ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่ตนเองสนใจ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์/ซีรีส์ เล่นเกมส์ อ่านหนังสือ ทำสมาธิ วาดภาพ เล่นกีฬา เป็นต้น ให้กำลังใจตนเอง เช่น พูดกับตนเองว่าต้องดีขึ้น หลีกเลียงสิ่งที่ต้องเผชิญ ขอมรับสภาพ ร้องไห้เก็บเรื่องที่กังวลไว้คนเดียว

3. ช่วงก่อนการเข้ารับการให้การปรึกษาพบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล ระดับปานกลาง 13 คน ระดับสูง 7 คน และหลังจากรับการให้การปรึกษาผลปรากฏว่า นักศึกษาทั้งหมดมีระดับคะแนนความวิตกกังวลลดลง จะเห็นว่า ผลของการให้การปรึกษาสามารถลดระดับของความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตได้

4. จากการที่นักศึกษากลุ่มตัวอย่าง ได้ฝึกทักษะการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และนำความคิดนั้นมาวิเคราะห์แยกแยะ และฝึกการปรับเปลี่ยนนั้น ผลพบว่า นักศึกษามีการปรับความคิดไปในด้านบวก มองโลกในแง่ดี มีความยืดหยุ่น ขอมรับความเป็นจริงมากขึ้นและมีความสมเหตุสมผล ทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

ขึ้น ซึ่งขอยกตัวอย่าง ความคิด อารมณ์ อาการทางกาย และพฤติกรรมของนักศึกษา หลังรับการให้การปรึกษาของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “คิดว่าไม่รู้จะทำอะไร เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นมาระหว่างสนทนา” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “ยอมรับว่าเป็นอาการทางจิตของผู้ป่วย ดังนั้นเราควรศึกษาประวัติผู้ป่วยและเตรียมความรู้ในการให้การพยาบาลตามอาการของผู้ป่วย” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้ไม่กลัว ยอมรับ เข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย มีแนวทางการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้น แสดงคุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช

4.2 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “กลัวผู้ป่วยทำร้ายหรือลวนลาม” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “ต้องดูแลตัวเอง ไม่ประมาท มีสติ” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายใจขึ้น กล้าพูดคุยหรือให้การพยาบาลกับผู้ป่วย

4.3 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “กลัวผู้ป่วยจะไม่พูดด้วย” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “ถ้าเรามีความตั้งใจและเตรียมความรู้ให้ดี จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าเราสามารถที่จะให้การดูแลได้” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายขึ้น มีกำลังใจ อยากจะดูแลผู้ป่วย

4.4 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “รู้สึกว่าคุณมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นวิชาที่ค่อนข้างยาก” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “ทุกวิชาที่เริ่มต้นจากความไม่รู้ ถ้าค่อยๆอ่าน ศึกษาทำความเข้าใจ ก็น่าจะทำได้เหมือนการขึ้นฝึกปฏิบัติของวิชาอื่นๆ” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายขึ้น มีความอยาก และมีสมาธิในการศึกษาค้นคว้า อ่านตำรา เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

4.5 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “กลัวการ Pre-Post Conference กับอาจารย์ เพราะบางทีเตรียมตัวมาไม่ดีหรือไม่ได้เตรียมตัวมา” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “ถ้าพวกเราเตรียมตัวมาดี ก็ไม่น่าจะกังวลอะไร การ Conference กับอาจารย์ นักศึกษาจะ

ได้รับข้อเสนอแนะไปปรับใช้ใน Case ของตัวเอง และพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นเวลาไปให้การพยาบาลผู้ป่วย” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายขึ้น มองเห็นประโยชน์ของการ Pre-Post Conference กล้าพูดคุยกับอาจารย์มากขึ้น

4.6 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “กลัวส่งงานไม่ทัน กลัวได้คะแนนไม่ดี” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “งานที่ได้รับมอบหมายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นความรับผิดชอบที่ต้องยอมรับ” “ถ้าพยายามทำให้ดีที่สุด ผลที่ออกมาก็น่าจะดี ส่วนผลที่จะตามมาค่อยว่ากัน” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายขึ้น มีกำลังใจ มีความพยายามมากขึ้น

4.7 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “กลัวว่าอาจารย์นิเทศจะติงงาน ไม่สามารถนิเทศได้” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “การที่อาจารย์ไม่ได้มานิเทศ คงคิดภารกิจจำเป็นจริงๆ” “ไม่ควรกังวลกับอนาคต สิ่งที่ยังมาไม่ถึง” “เชื่อว่าถ้าช่วงที่อาจารย์ไม่ได้มานิเทศ จะต้องมีการวางแผนประสานให้อาจารย์ที่เลี้ยงดูแลแทนเป็นอย่างดี” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายขึ้น เชื่องและเชื่อมั่นในอาจารย์นิเทศ ถ้าเกิดขึ้นจริงถึงเวลาค่อยปรับตัว

4.8 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “ไม่รู้ว่าจะอาจารย์นิเทศมีรูปแบบการนิเทศยังงัย ถ้าทำไม่ถูกอาจารย์จะแสดงออกต่อนักศึกษาอย่างไร” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “อาจารย์นิเทศทุกคน มีความรู้ มีประสบการณ์ตั้งใจอยากจะได้สอนลูกศิษย์ให้มีความรู้” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายขึ้น ลดความกังวล พร้อมทั้งจะรับการอบรมสั่งสอนจากอาจารย์ พร้อมทั้งจะปรับตัว

4.9 ความคิด/ความเชื่อเดิมที่มีต่อเรื่องนั้นว่า “ไม่รู้ว่าจะเจออะไรบ้าง บนหอผู้ป่วยจิตเวช” เปลี่ยนเป็นความคิด/ความเชื่อใหม่คือ “เราคิดมากไปเอง ขณะที่ขึ้นฝึกปฏิบัติมีอาจารย์นิเทศ/อาจารย์พี่เลี้ยงคอยดูแล ไม่น่ามีอะไรกังวล” อาการ อารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาทำให้สบายขึ้น นอนหลับ ไม่คิดมาก

สรุปและอภิปรายผล

จากการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับของความวิตกกังวลหลังได้รับการให้การปรึกษาลดลง โดยการศึกษาเชื่อว่า ความวิตกกังวลเกิดจากการที่บุคคลมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์และมีการบิดเบือนของกระบวนการคิดของบุคคล¹² การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม เป็นการให้การปรึกษาประเภทหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ตามความเชื่อที่ว่า สิ่งเร้าไม่ได้มีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระโดยตรง แต่ต้องผ่านกระบวนการคิดซึ่งมีความแตกต่างของแต่ละบุคคล³ และการบำบัดผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับสูง สามารถช่วยได้โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งช่วยเหลือให้บุคคลสามารถสำรวจระบบความคิดของตนเองว่ามีความคิดด้านลบหรือไม่ และพิสูจน์สมมุติฐานของความคิดนั้นอย่างเป็นทางการเป็นผล ถ้าความคิดนั้นบิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยมีความคิดลบมากเกินไปเกินกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นสามารถตระหนักรู้ในความคิดของตนเองและพัฒนาความคิดใหม่ในเชิงที่สร้างสรรค์ขึ้น มีความคิดใหม่เชิงบวกหรือสมเหตุสมผลมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้⁴

จากการดำเนินการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีความวิตกกังวลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งดำเนินการให้การปรึกษาจำนวน 6 ครั้ง สามารถนำมาสรุปเป็นกระบวนการกลุ่มตามระยะพัฒนาการของกลุ่ม 3 ระยะคือ การดำเนินการให้การปรึกษาครั้งที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ การดำเนินการให้การปรึกษาครั้งที่ 2-5 เป็นระยะทำงานร่วมกัน และการดำเนินการให้การปรึกษาครั้งที่ 6 เป็นระยะยุติกลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ (Initiating Phase) พบว่า ลักษณะความคิดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของนักศึกษาเป็นประเด็นปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย

สภาพแวดล้อมบนหอผู้ป่วย และอาจารย์นิเทศ/อาจารย์ที่เลี้ยงในแหล่งฝึกจากประเด็นปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของนักศึกษา ทำให้มีความวิตกกังวลตามมา ในขั้นตอนแรกนี้ผู้ให้การปรึกษาได้สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในมุมมองของแนวคิด CBT กระบวนการให้การปรึกษา สำรวจเรื่องราวปัญหาของนักศึกษา สอนถึงความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ หลังจากนั้นมอบหมายการบ้านให้นักศึกษา สังเกตความเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระของตนเองมา ซึ่งการดำเนินการให้การปรึกษาในครั้งนี้ดำเนินการไปได้ด้วยดี ภายใต้อบรมของสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการบำบัดด้วย CBT ที่ว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จะเป็นลักษณะที่ทั้ง 2 ฝ่ายร่วมมือกันค้นหาปัญหาร่วมกัน พัฒนาสมมุติฐานเกี่ยวกับความตรงของความคิดร่วมกัน เรียกสัมพันธภาพแบบนี้ว่า Collaborative empiricism (การร่วมมือกันในการสังเกตความคิดและพฤติกรรม) ซึ่งผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้สนับสนุนและช่วยชี้ให้ผู้รับการปรึกษาเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับความวิตกกังวล แนะนำกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาหรือให้ทำการบ้านเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาฝึกแก้ไขปัญหา เพื่อลดความวิตกกังวล⁸

ระยะที่ 2 ระยะทำงานร่วมกัน (Working Phase) ในระยะนี้ผู้ให้การปรึกษาร่วมกับนักศึกษาพยาบาล ทบทวนการบ้านที่ได้รับมอบหมายและถามถึงการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น สอนให้รู้จักความคิดอัตโนมัติทางลบซึ่งเป็นต้นเหตุของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งวิธีการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนเองและทำให้รู้ว่าความคิดดังกล่าวสามารถประเมิน พิสูจน์ และปรับเปลี่ยนได้ หลังจากนั้นเลือกความคิดอัตโนมัติมา 1 เรื่องเพื่อฝึกการประเมิน ตรวจสอบหรือพิสูจน์ว่าความคิดดังกล่าวเป็นจริงหรือไม่อย่างน้อยเพียงใด ในกรณีที่ความคิดนั้นไม่จริงหรือจริงเป็นบางส่วน นำนักศึกษาเข้าสู่การปรับเปลี่ยนความคิดในกรณีความคิดอัตโนมัตินั้นเป็นจริง นำผู้รับการปรึกษาเข้าสู่การแก้ปัญหาลง ในขั้นตอนนี้นับว่าเป็นขั้นตอนสำคัญของการบำบัดด้วยแนวคิด CBT คือ การฝึกให้ผู้รับ

การปรับความวิตกกังวลได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะจับความรู้สึกวิตกกังวลได้ก่อน จึงจะสำรวจตนเองได้ว่าคิดอย่างไรกับเหตุการณ์นั้น จึงค่อยปรับความคิดไปในทางที่เหมาะสม ทำบ่อยๆจนเคยชินที่จะจับความวิตกกังวลได้ทันที รู้ตัวเร็วและปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดีเสมอสมเหตุสมผล จะไม่เกิดความวิตกกังวล⁷ จากการวิเคราะห์ความคิด อารมณ์ อาการทางกายและพฤติกรรมพบว่า นักศึกษามีพัฒนาการด้านความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล มีความคิดด้านบวก และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม (Terminal Phase) จากการทำให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และนำความคิดนั้นมาวิเคราะห์แยกแยะ และฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดไปในด้านบวก มองโลกในแง่ดี มีความยืดหยุ่น ยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น และมีความสมเหตุสมผล ทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมขึ้น ช่วยให้อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทราวเวอร์และคณะ ได้กล่าวถึง การปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรมว่าเป็นการช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ต่างๆได้ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า¹⁵ จากกระบวนการกลุ่มที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง 6 ครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ การให้การปรับความวิตกกังวลให้นักศึกษามีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีผลทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้การปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรมใหม่มาแทนที่ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาพัคค์ร์ รัทมนิวส์และคณะ ที่ทำกลุ่มบำบัดตามแนวความคิดปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรมร่วมกับอานาปานสติสมาธิกับนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ โดยใช้ระยะเวลาในการเข้ากลุ่มบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน และในขั้นตอนสุดท้ายได้ให้เน้นข้อมูลเกี่ยวกับความวิตก

กังวลสามารถเกิดขึ้นได้อีก กระตุ้นให้มีการฝึกทักษะการปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้⁴

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้การปรับความวิตกกังวลโดยการปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรม เป็นการให้การปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรมหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีความวิตกกังวล เนื่องจากนักศึกษาได้ฝึกค้นหาหรือจับความวิตกกังวลอัตโนมัติด้านลบของตนเอง รวมถึงการฝึกปรับความวิตกกังวลใหม่ให้เหมาะสม ทำบ่อยๆจนเคยชิน ทำให้รู้ตัวเร็วและปรับเปลี่ยนความวิตกกังวลในทางที่ดีก็จะไม่เกิดความวิตกกังวล และทำให้นักศึกษารู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆได้ เพิ่มความมั่นใจในตนเองและลดความวิตกกังวลในชีวิตประจำวันได้

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามระดับความวิตกกังวลและแบบแผนความคิดของกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อติดตามประสิทธิผลของการให้การปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรมหรือพัฒนารูปแบบการให้การปรับความวิตกกังวลที่เหมาะสมในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลหรือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

3. สถาบันการศึกษาควรมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ทุกชั้นปีในทุกปีการศึกษา เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและวางแผนในการให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม และควรมีการจัดกิจกรรมหรือโครงการดูแลสุขภาพจิตแก่นักศึกษาพยาบาล

4. ควรทำการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลของการให้การปรับความวิตกกังวลและพฤติกรรมในกลุ่มอื่น เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาวะสูญเสีย มีความคิด/พยายามฆ่าตัวตาย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เอกสารอ้างอิง

- 1.จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์และคณะ. “ความเครียด การจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล”.วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 9(3): 36-50, (2559).
- 2.ฉวีวรรณ ลัตยธรรมและคณะ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงเล่มที่2. ชนาพรส จำกัด กรุงเทพฯ, (2556).
- 3.ดรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. “การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม”. พยาบาลสาร. 42(ฉบับพิเศษ): 205-213, (2558).
- 4.อุพาพัทธ์ รักษณวิวงศ์และคณะ. “ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลในนิสิตพยาบาล”. วารสารมหาวิทยาลัยยโสธร. 21(1): 1-18, (2556).
- 5.วาทีณี สุขมาก. การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช1. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กรุงเทพฯ, (2556).
- 6.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี. “บันทึกสะท้อนคิดรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต”. (2560).
- 7.วัชนี หัตถพนม. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์ เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน Type 2. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2550).
- 8.สุชาติ พหลภักย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ซีริกานท์ออฟเซ็ท ขอนแก่น. (2542).
- 9.สุทธนันท์ กัลป์กะ และผกาสรณ์ อุไรวรรณ. “การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: การเรียนตามสภาพจริงในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต”. งามาธิบดีพยาบาลสาร. 19(2): 159-167, (2556).
- 10.สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่2. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ, (2554).
- 11.Beck A.T. et.al. Cognitive therapy of depression. Guilford New York, (1979).
- 12.Beck A.T. & Clark D.A. “An information processing model of anxiety : Automatic and strategic processes”. Behavior research and therapy. 35 : 49-58, (1997).
- 13.LeodoroJabienLabrague. “Stress, Stressor, and Stress Responses of Student Nurse in Government Nursing School”. Health Science Journal. 7(4):424-432, (2013).
- 14.Spielberger. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Palo Alto: Consulting Psychologists press. (1983).
- 15.Trower, P. et.al. Cognitive Behavior Therapy: Skill and Applications. Los Angles ; SAGE Publication. (2006).

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง

Development of System of Care for Patients with ST Elevation Myocardial Infarction

นิตยา รัชโพธิ์¹, นิสากร วิบูลชัย², เมย์เรีกรัย แข็งแรง³, วิชาสิริ นราพงษ์⁴, ชชาติ ไทยเจริญ²

Nitaya Rachapo, Nisakorn Vibulchai, Mayreerak Khangrang, Wipasiri Naraphong, Chart Thaicharoen

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง (STEMI) ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วย STEMI และญาติผู้ดูแล 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการวิจัยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาระบบการดูแล และ 3) ประเมินผล เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแล และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: *ระยะวิเคราะห์สถานการณ์* พบ ปัญหาการบริการทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ *ระยะพัฒนาระบบบริการ* ได้มีกระบวนการพัฒนา 3 วงจร เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วยและพัฒนาเครื่องมือการคัดกรอง 3) การพัฒนาแนวทางการดูแล 4) การวินิจฉัยภาวะ STEMI และระบบการให้คำปรึกษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 5) การกำหนดมาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และการดูแลผู้ป่วย และ 6) การส่งต่อ และประเมินผลลัพธ์ *ระยะประเมินผล* พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 100 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภายหลังการพัฒนา พบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 3.62 นาที การแปลคลื่นหัวใจไฟฟ้าเฉลี่ย 10.22 นาที การได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เฉลี่ย 47.55 นาที และการส่งต่อยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเฉลี่ย 87 นาที และค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เจ็บหน้าอกจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉลี่ย 181.77 นาที ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 100 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่งชี้ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 55 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนปฏิกิริยาการแพ้ยา หัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะเลือดออกในสมอง และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นร้อยละ 100 ผลการศึกษานี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและตามมาตรฐาน

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม, ระบบการดูแล, ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง, ยาละลายลิ่มเลือด

Abstract

The purpose of action research was to develop a system of care for patients with ST elevation Myocardial Infarction (STEMI) in Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province. Participants consisted of two groups: 1) patients with STEMI and caregivers; and 2) health care providers working at Emergency Department, Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province. The study was conducted from October 2015 to November 2016. The study process comprised of three phases: situational analysis, development, and evaluation. The instruments included a data record form for patients with STEMI, an evaluation form for care practice following a standard care pathway, a questionnaire for interviewing patients and caregivers, and a questionnaire for focus groups. Descriptive statistics and content analysis were used to analyze quantitative data and qualitative data.

Results: *Situational analysis phase:* problems of care were reported in both process and outcome domains. *Development phase:* three cycles were conducted in development processes: 1) rapid access protocol to fast track myocardial infarction; 2) patient screening and

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี จังหวัดสระบุรี

development of a screening tool; 3) development of a standard care pathway; 4) diagnosis of STEMI and consultation system for confirming the diagnosis; 5) a standard for Streptokinase administration and patient care; and 6) referral system and outcome evaluation. *Evaluation phase:* 100% of health care providers practiced following standard care pathway. Average time from emergency department door-to-electrocardiogram time (D2EKG) was 3.62 minutes, the door to EKG interpretation was 10.22 minutes, and the door to receive Streptokinase 47.55 minutes. The mean time from onset to receive Streptokinase was 181.77 minutes. All patients were referred after receiving streptokinase to hospital networks. The most common side effect of Streptokinase was hypotension. The allergic reaction, arrhythmia, and intracranial hemorrhage were not found. 100% of patients improved clinical outcomes. The findings indicate that developing an STEMI system of care in hospitals could be effectiveness in order to rapid access the special care and meet the standard of care of these patients.

Keywords: Program development, System of care, ST Elevation Myocardial Infarction, Thrombolytic agent

บทนำ

กลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลก เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดอัตราการเสียชีวิต และทำให้การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases, CVDs) ประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็น 31 % ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และ ในจำนวนนั้น มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 7.4 ล้านคน¹ สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีประมาณ 45% ของการเสียชีวิตเฉียบพลันเป็นจากโรคหลอดเลือดหัวใจ² และจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (The Thai Registry of Acute Coronary Syndrome, TRACS) พบ ผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง (ST elevation myocardial infarction, STEMI) ร้อยละ 55 ชนิดที่ไม่พบ ST ยกสูง (non-ST elevation MI, NSTEMI) ร้อยละ 33 และชนิดภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (unstable angina) ร้อยละ 12 โดยมีอัตราการตายในโรงพยาบาล (in-hospital mortality) ของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 5.3 ผู้ป่วย NSTEMI ร้อยละ 5.1 ผู้ป่วย unstable angina ร้อยละ 1.7³

ภาวะ STEMI เป็นภาวะที่พบได้บ่อย มีความรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตสูง โดยมีอาการที่สำคัญ คือ เจ็บแน่นอก รุนแรงเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพัก (rest angina) นานกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม⁴ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนในการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) เป็นวิธีการรักษาหนึ่งในเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตัน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ เปิดหลอดเลือดที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากมีอาการเจ็บแน่นอก หรืออย่างช้าไม่เกิน 12 ชั่วโมง และให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลที่มีความพร้อม และพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่สามารถขยายหลอดเลือดหัวใจได้ โดยเร็วที่สุด ภายใน 90 นาที หากผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว ยังเจ็บแน่นอกอยู่และ ST ยังคงยกสูง⁴

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าระยะเวลา มีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7 ได้สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในรูปแบบเครือข่ายตั้งแต่ระดับระดับปฐมภูมิ จนถึงบริการขั้นสูงหรือการบริการเฉพาะทาง^{5,6} ซึ่งได้มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอที่พร้อมในการเป็นโรงพยาบาลลูกข่ายที่

สามารถให้การดูแลผู้ป่วย STEMI ตั้งแต่ 1) การวินิจฉัยภาวะ STEMI และสื่อสารกับแม่ข่ายเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (confirm diagnosis) 2) การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ STEMI โดยลูกข่ายฉีดยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase, SK หรือ Alteplase) และส่งต่อไปยังแม่ข่าย 3) การส่งต่อไปแม่ข่ายในกรณีที่ลูกข่ายไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ และ 4) การรับกลับ/การดูแลต่อเนื่อง

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ขนาด 90 เตียง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ระดับ FI (โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดเตียง 60-120 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก [อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินารีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก และวิสัญญีแพทย์] เป็นบางสาขา) ที่ได้ดำเนินงานในระบบบริการช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วย STEMI (STEMI fast track) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 การดำเนินงานเริ่มแรกได้ประสบปัญหาในการให้บริการ กล่าวคือ โรงพยาบาลไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย STEMI ได้ เนื่องจาก ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการสั่งการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด มีข้อจำกัดในด้านความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรในการให้ยาละลายลิ่มเลือด มีความล่าช้าในการคัดกรองเบื้องต้นและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่โรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งเป็นแม่ข่ายใช้เวลานาน มีความยุ่งยาก การประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายล่าช้า และในขณะที่ส่งต่อผู้ป่วยมีอาการหัวใจหยุดเต้นบนรถส่งต่อ 2 ราย ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพและส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นต้น^{7,8}

จากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการประชุมปรึกษา ร่วมกันระหว่างทีมผู้วิจัยและทีมสาขาวิชาชีพร่วมหา แนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart)⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (planning) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observing) และการสะท้อนคิด (reflecting) ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ จากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนของการวางแผนปรับปรุง และดำเนินการใหม่เป็นวงจร จนกว่าจะได้ระบบบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ ทันทีทันที่ และลดอัตราการตาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Mutual collaborative action research) ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 พื้นที่ศึกษา แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้การ ได้มาของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่เป็นตัวแทนของทุกกลุ่มและผู้มีส่วนร่วม ได้เสียตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดย สามารถให้ข้อมูลที่

ครอบคลุมและกลุ่มเล็กได้¹⁰ ประกอบด้วยดังนี้ 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วย STEMI และผู้ดูแลในระบะศึกษาศาสนาคารณ์ จำนวน 5 คน และระบะพัฒนาระบบ การดูแล จำนวน 5 คน 2) บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยในระบะศึกษาศาสนาคารณ์ เป็นกลุ่มแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พนักงานเปเล พนักงานขับรถพยาบาล จำนวน 12 คน และในระบะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เป็นกลุ่มแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร พนักงานเปเล พนักงานขับรถพยาบาล จำนวน 40 คน

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ทีมผู้วิจัยได้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนในการสร้างความร่วมมือร่วมใจร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ

ระยะที่ 2 การประเมินผล ดำเนินการไปพร้อมกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI และประเมินผลของการพัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) ผลการพัฒนาด้านกระบวนการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI และ 2) ผลการพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิก เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการศึกษา งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยได้คำนึงถึงหลักความเป็นอิสระความเท่าเทียมและความเป็นธรรมต่อผู้ร่วมโครงการ รมัดระวังในการเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการให้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนปฏิบัติการ (action plan) 2) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI 3) แบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (after action review)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ เพศ ภูมิภานา การมาโรงพยาบาล เวลามาถึงโรงพยาบาล โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยง การ

ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI ซ้อนหลัง 3 ปีเพื่อประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วย STEMI และญาติผู้ดูแล และการสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแล ทีมผู้วิจัยนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มพยาบาลและบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ทวิวินิจฉัยโรค ระยะเวลาแต่ละขั้นตอนในระบบบริการช่องทางด่วน อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 55 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์ โดยกำหนดคะแนนค่าน้ำหนักคะแนน 2 ระดับ (1=ปฏิบัติ, 0=ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่สมบูรณ์) สำหรับแบบประเมินนี้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักในระบบบริการช่องทางด่วน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นผู้ใช้ในการประเมินการปฏิบัติของบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องแบบประเมินการปฏิบัตินี้ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ จำนวน 1 ท่าน

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มในระบะศึกษาศาสนาคารณ์ และระบะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยเป็นประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่พบ และสิ่งที่ต้องปรับปรุง

2.4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแล ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยเป็นประเด็นเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการให้บริการแก่ผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาล ปัญหาหรืออุปสรรคในการมารับบริการ และบริการที่ควรปรับปรุง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

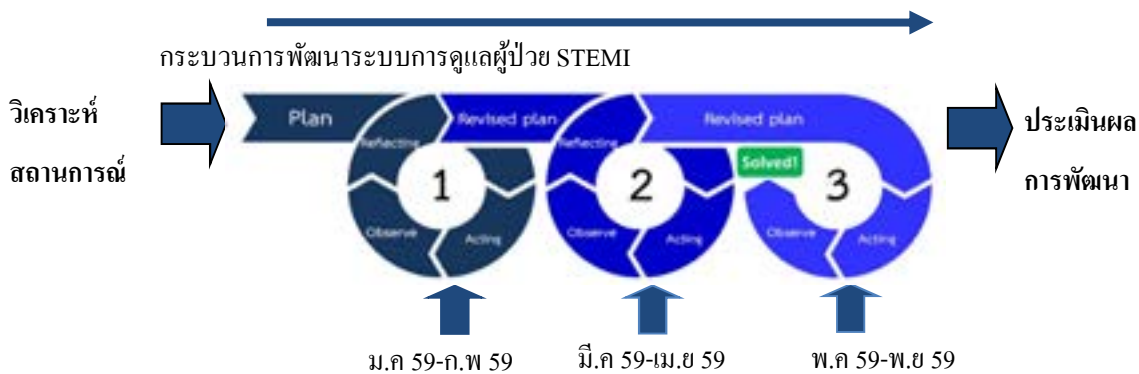
1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (ตุลาคม 2558 – ธันวาคม 2558) ผลการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และมุมมองของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล พบปัญหาในระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ด้านต่าง ๆ ดังนี้ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย บุคลากร สะท้อนปัญหาในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ยกที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีความไม่ครบถ้วน ยุ่งยาก และใช้เวลานาน การให้คำปรึกษา บุคลากร สะท้อนระบบการให้คำปรึกษา (consult) มีความไม่ชัดเจนทั้งภายในโรงพยาบาลลูกข่าย

และระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลลูกข่าย รวมทั้งไม่มีแนวทางปฏิบัติในการขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือและอุปกรณ์ในรพช. บุคลากร สะท้อนเครื่องมือและอุปกรณ์ในรพช. ไม่ครบถ้วน มักมีการขาดหายจากจำนวนที่กำหนดไว้

แนวปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย มีความไม่ชัดเจน และบุคลากรในทีมผู้ให้บริการมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความสับสนและยุ่งยากในการปฏิบัติงาน ผู้ใช้บริการสะท้อนความไม่รู้อึ้งและเข้าใจ รวมทั้งสับสนในกระบวนการดูแลของผู้ให้บริการ มองความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากกระบวนการดูแลที่มีความล่าช้า เครื่องมือการส่งต่อ บุคลากร สะท้อนไม่มีเครื่องมือการส่งต่อ ทำให้การสื่อสาร เฝ้าระวัง และติดตามอาการผู้ป่วยขณะส่งต่อมีความยุ่งยากและ สับสน

ศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย บุคลากร สะท้อน พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 3 ปี ขาดความมั่นใจการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI

2. การพัฒนาระบบการดูแล สำหรับผู้ป่วย STEMI เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงจร (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 วงจรคุณภาพการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

โดยมีประเด็นการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI เกี่ยวกับ 1) การเข้าถึงบริการช่องทางด่วนที่รวดเร็ว 2) การคัดกรองผู้ป่วยและพัฒนาเครื่องมือการคัดกรอง 3) การพัฒนาแนวทางการดูแล 4) การวินิจฉัยภาวะ STEMI

และระบบการให้คำปรึกษาเพื่อยืนยันการวินิจฉัย 5) มาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และการดูแลผู้ป่วย และ 6) การส่งต่อ และประเมินผลลัพธ์ รายละเอียดดังนี้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

วงจรถัดไป (มกราคม 2559-กุมภาพันธ์ 2559) กิจกรรมการพัฒนา (acting) ดังนี้

1.1 ประชุมทบทวนนโยบายการดูแลผู้ป่วย STEMI ในระบบบริการ STEMI fast track และนำเข้าสู่แผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2559

1.2 นำแบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของสถาบันโรคทรวงอกมาใช้ในการคัดกรอง

1.3 พัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI fast track

1.4 พัฒนาระบบขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ โดยจัดหาอุปกรณ์สื่อสาร Smart phone

1.5 จัดหาเครื่องกระตุกหัวใจ (defibrillator) ที่สามารถใช้งาน Mode AED ได้

1.6 จัดการให้ความรู้ การประเมินผู้ป่วย STEMI การใช้แบบบันทึกการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด การสังเกตอาการและอาการแทรกซ้อนผู้ป่วยสำหรับพยาบาล

1.7 ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ในการเตรียมความรู้ ความเข้าใจ

ความพร้อมของเวชภัณฑ์ยาและการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยเพิ่มเติม จากผลการดำเนินงาน (observing, reflecting) พบผลสำเร็จรวมทั้งปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1. แพทย์และพยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่มีการดูแลและให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล แทนการดูแลแบบเดิมที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรับยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

2. พยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย STEMI เกี่ยวกับ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การสังเกตอาการผู้ป่วยขณะรับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และการดูแลระหว่างส่งต่อ พร้อมการขอคำปรึกษาเมื่อเกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3. จากการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของสถาบันโรคทรวงอก ผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าพยาบาลไม่เข้าใจเกณฑ์การแบ่งความรุนแรงของโรค (ข้อ 5) ตาม Killip class และแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของสถาบันโรคทรวงอกในส่วนของกรการรักษา (ข้อ 6) ไม่มีช่องและเนื้อหาที่เหมาะสมกับสภาพของโรงพยาบาลชุมชน

4. มีระบบขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจที่สะดวก รวดเร็ว โดยจัดหาอุปกรณ์สื่อสาร Smart phone และระบบอินเทอร์เน็ตเมื่ออยู่นอกโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้การขอคำปรึกษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว

5. มีการใช้เครื่องกระตุกหัวใจ (defibrillator) ที่สามารถใช้งาน mode AED เพื่อช่วยในการช่วยฟื้นคืนชีพ (resuscitation) ผู้ป่วยทันที กรณีเกิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ VF, VT ได้ ซึ่งในการดูแลที่ผ่านมาไม่มีเครื่องกระตุกหัวใจที่มี Mode AED ใช้เพียงเครื่อง monitor สัญญาณชีพเท่านั้น

จากการดำเนินงานในวงจรถัดไป 1 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้มีการพัฒนาแผนการดูแล ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแผนการดูแลลงสู่การปฏิบัติ ปรับปรุงแผนการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และเป็นທີ່ปรึกษาของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย โดยประเมินผลการดูแลและส่งต่อ ทบทวนกระบวนการดูแลและส่งต่อเพื่อหาโอกาสพัฒนา

วงจรถัดไป (มีนาคม 2559-เมษายน 2559) กิจกรรมการพัฒนา (acting) ดังนี้

2.1 พัฒนาเครื่องมือประเมินและดูแลผู้ป่วย STEMI ได้แก่ 1) แบบบันทึกการคัดกรอง โดยดัดแปลงจากแบบบันทึกการคัดกรองของสถาบันทรวงอก และ 2) พัฒนาแบบบันทึกที่ขึ้นการปฏิบัติโดยดัดแปลงจากแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.2 จัดประชุมวิชาการเรื่อง การตรวจคัดกรองและการจำแนก Killip class สำหรับพยาบาลวิชาชีพของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2.3 พัฒนาระบบขอคำปรึกษา โดยเมื่อพบผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ กำหนดให้แพทย์ส่งภาพการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผ่านระบบไลน์ (LINE

application) และแพทย์หรือพยาบาลต้องโทรประสานไปที่ ศูนย์ส่งต่อเพื่อแจ้งว่า มีการขอคำปรึกษาเรื่องการแปลผล คลื่นไฟฟ้าหัวใจ แทนการปฏิบัติเดิมที่ส่งภาพคลื่นไฟฟ้า หัวใจแล้วรอแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจซึ่ง ระยะเวลารอคอยนานกว่า 10 นาที

จากการดำเนินงานดังกล่าว พบผลสำเร็จรวมทั้ง ปัญหาและอุปสรรค (Observe, Reflecting) ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจและใช้แบบ บันทึกรอคอยและแบบบันทึกที่ชี้้นำการปฏิบัติได้ ครบถ้วน

ทำให้สามารถเก็บข้อมูลผู้ป่วยได้ครอบคลุม ทั้งในประเด็น การคัดกรอง และการดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติได้ ครอบคลุม สามารถติดตามการเฝ้าระวังอาการและ ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระหว่างให้ยาละลายลิ่ม เลือด

2. ระบบขอคำปรึกษา สามารถกระชับระยะเวลา ในการขอคำปรึกษาได้ภายในเวลา 10 นาที

3. ทีมสหวิชาชีพสามารถให้ความรู้ผู้ป่วยและ ครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในภาวะวิกฤติได้อย่าง เหมาะสม

จากผลสำเร็จดังกล่าว นำสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในวงจรที่ 3 เพื่อให้มีความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามในวงจรพัฒนาที่ 2 พบประเด็นปัญหา เกี่ยวกับระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และ สมรรถนะของพยาบาลในการให้ยาและดูแลผู้ป่วยขณะ ได้รับยา ภายหลังการรับยา และระหว่างส่งต่อผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลแม่ข่าย จากประเด็นปัญหาดังกล่าวนำสู่การ พัฒนาในวงจรที่ 3 และประเมินผลการพัฒนา

วงจรที่ 3 (พฤษภาคม 2559-พฤศจิกายน 2559) กิจกรรมการพัฒนา (acting) ดังนี้

3.1 จัดระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase เก็บไว้ที่ห้องยา สามารถเบิกใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

3.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสมรรถนะ ของพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในการประเมินข้อห้าม ของ

การให้ยาละลายลิ่มเลือด วิธีการบริหารยา การเฝ้าระวัง อาการไม่พึงประสงค์ระหว่างได้รับยา

3.3 ปรับระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยโรงพยาบาล วาปีปทุมกำหนดให้จัดประเภทผู้ป่วยเป็น ประเภทฉุกเฉิน ใน

ระบบทางด่วนพิเศษ มีระบบ emergency consult ระหว่าง โรงพยาบาลวาปีปทุมกับ โรงพยาบาลแม่ข่ายและมีการ โทรศัพท์ประสาน referral center ก่อนส่งต่อทุกราย

3.4 พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย (clinical pathway) โดยกำหนดใน ลักษณะ

แผนภาพที่ประกอบด้วยขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ครบถ้วน ชัดเจนและกำหนดระยะเวลากำกับกับการปฏิบัติในแต่ละ ขั้นตอนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว

3.5 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI (clinical nursing practice guideline)

3.6 พัฒนาระบบการสื่อสารระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลวาปีปทุม โดยใช้ เทคโนโลยีระบบ

Line เพื่อแจ้งข้อมูล ให้คำปรึกษา และติดตามการดูแล ผู้ป่วยในระบบบริการ STEMI fast track

3.7 จัดหาเครื่องกระตุ้นหัวใจที่สามารถใช้งานใน Mode AED ได้ จัดซื้อ Soft paddle ให้มี จำนวนเพียงพอ

3.8 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ดูแล ควบคุม ประเมินผลการทำงานและผลลัพธ์ของการดูแลให้เป็นไป ตามแนว

ทางการ ดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI (clinical pathway)

จากผลการดำเนินงาน (observing, reflecting) ดังกล่าว พบผลสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้

1. ได้ระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้ใน สถานการณ์จริง

2. พยาบาลวิชาชีพที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความ เข้าใจในการประเมินข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือด มี

สมรรถนะและทักษะในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย
วิธีการบริหารยา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์

3. มีระบบทางด่วนพิเศษ สำหรับผู้ป่วย STEMI (STEMI fast track) ที่เป็นรูปธรรม นุคตากรเข้าใจใน
ขั้นตอน

การปฏิบัติระบบทางด่วนพิเศษ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย
โรงพยาบาลมีรถส่งต่อ อุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตลอด 24 ชั่วโมง

4. มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI (clinical
pathway) โดยกำหนดในลักษณะแผนภาพที่ประกอบด้วย
ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ครบถ้วนชัดเจนและกำหนด

5. มีแนวปฏิบัติกรพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วย
STEMI (clinical nursing practice guideline)

6. มีอุปกรณ์สื่อสาร Smart phone และระบบ
อินเทอร์เน็ตเมื่ออยู่นอกโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง

7. สร้างกล่อง Streptokinase (SK box) ที่สะดวก
ในการใช้และปลอดภัย

8. มีเครื่องกระตุกหัวใจที่สามารถใช้งานใน Mode
AED ได้

9. มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อการบริหาร
จัดการ ให้การดูแล ควบคุม ประเมินผลการทำงานให้
เป็นไปตาม

แนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI

จากการดำเนินงานในวงจรที่ 3 ผู้วิจัยได้สรุปแนว
ทางการดูแลผู้ป่วย STEMI และผลลัพธ์ของการดูแล
นำเสนอต่อทีมรักษาผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาลวชิระ
ปทุม เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI
ต่อไป รวมถึงการวิเคราะห์ความเสี่ยงและความผันแปรใน
การจัดการการดูแลผู้ป่วย ระบุแนวทางการดูแล และระบุ
เป้าหมายประเมินผลลัพธ์ รวมทั้งการระอันเกี่ยวเนื่องกับ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ยกต่อไป

3. การประเมินผลการพัฒนา (มกราคม 2559-
พฤศจิกายน 2559)

3.1 ผลการพัฒนาด้านกระบวนการ พบว่า ทีมสห
สาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลวชิระปทุมมีการปฏิบัติตาม
แนวทางการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 100

3.2 ผลการพัฒนาด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนี้

3.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มีผู้ป่วย STEMI ที่เข้า

รับการรักษาในระบบบริการช่องทางด่วน ของโรงพยาบาล
วชิระปทุม จำนวน 9 คน ในจำนวนนี้ได้รับยาละลายลิ่ม
เลือด Streptokinase จำนวน 9 คน (ร้อยละ 100) ลักษณะ
ทั่วไปของผู้ป่วย STEMI พบว่า มีอายุเฉลี่ย 65.11 ปี (SD =
17.86) อยู่ในช่วงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ร้อยละ
88.89 เป็นเพศชาย ร้อยละ 100 มีภูมิลำเนาออกเขตตำบล
วชิระปทุม ร้อยละ 77.80 มาโรงพยาบาลด้วยตนเอง (ไม่ได้
ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน[EMS]) ร้อยละ 100 มีปัจจัย
เสี่ยงสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.22 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ
11.10 เบาหวาน ร้อยละ 22.20

3.2.2 ผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอน

ตาราง 1 ผลลัพธ์ระยะเวลาการให้บริการแต่ละขั้นตอนใน
ระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI

ตัวชี้วัด	ค่า เป้าหมาย	ผลลัพธ์ (M±SD)
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจน ได้รับการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Door to EKG)	≤ 5 นาที	3.62±8.38
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจน ได้รับการอ่านคลื่นไฟฟ้า หัวใจ (Door to EKG interpretation)	≤ 10 นาที	10.22±8.61
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจน ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (Door to SK)	≤ 30 นาที	47.55±12.01
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทั้งหมด ตั้งแต่ผู้ป่วยถึง โรงพยาบาลจนได้รับการ ส่งต่อไปรักษาพยาบาลที่	≤ 90 นาที	87.00±35.48

โรงพยาบาลแม่ข่าย

(Door to refer)

ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ ≤ 360 181.77±157.50

เจ็บหน้าอกจนกระทั่ง นาที

ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

(Onset to streptokinase)

จากตารางพบว่าภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI พบว่า มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Door to EKG) จากเดิม 15 นาที เป็น 3.62 นาที การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากเดิม (Door to EKG interpretation) 20 นาที เป็น 10.22 นาที การได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (Door to SK) เฉลี่ย 47.55 นาที ได้รับการส่งต่อไปรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแม่ข่าย (Door to refer) จากเดิม 116 นาที เป็น 87.00 นาที และค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เจ็บหน้าอกจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Onset to Streptokinase) เฉลี่ย 181.77 นาที

3.2.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด

Streptokinase

ผู้ป่วย STEMI จำนวน 9 คน ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ทั้งหมด 9 คน ระหว่างได้รับยารายมีผู้ป่วยจำนวน 1 ราย ได้หยุดการให้ยาเนื่องจากภาวะภาวะหัวใจหยุดเต้น ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในผู้ป่วยขณะได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) จำนวน 6 ราย หัวใจเต้นช้า (bradycardia) จำนวน 5 ราย เลือดออกบริเวณเหงือก (bleeding per gum) จำนวน 1 ราย เลือดออกทางเดินอาหาร (GI hemorrhage) จำนวน 1 ราย และหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) จำนวน 1 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนปฏิกิริยาการแพ้ยา หัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะเลือดออกในสมอง และผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการส่งต่อหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดและมีอาการดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม ได้

มีการพัฒนาเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นหลักสำคัญในการพัฒนา เริ่มตั้งแต่ การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องและทำการสนทนากลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัย มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาคือต่อไป สำหรับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI นี้ได้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจและสร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรลงถึงระดับปฏิบัติการในการปฏิบัติตามแผน โดยมีทีมผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผน ในกรณียังไม่บรรลุเป้าหมายหรือพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทีมผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนข้อมูลกลับและประสานความร่วมมือในการแก้ไข/ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งร่วมกันกำหนดแผนการปรับปรุงในวงจรต่อไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้หยุดหรือจบลงเมื่อหมุนครบรอบ 1 วงจร แต่ละวงจรปฏิบัติการได้หมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ ตามบริบทและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจร

จากวงจรปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจะเห็นได้ว่ามีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่กระบวนการรับและคัดกรองผู้ป่วยที่รวดเร็ว โดยการซักประวัติการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของทีมพยาบาลและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI อีกทั้งสามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะรอแพทย์ซักประวัติผู้ป่วย ตลอดจนความพร้อมใช้ของเครื่องตรวจไฟฟ้าหัวใจทำให้ผู้ป่วย STEMI ได้รับการคัดกรองทันเวลาสำหรับการวินิจฉัยภาวะ STEMI และสื่อสารกับแม่ข่ายเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (confirming the diagnosis) นั้น จะเห็นได้ว่าจากการปรับเปลี่ยนวิธีการขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากเดิมส่งโทรสารเป็นการใช้ระบบไลน์

แทนพร้อมกับการโทรศัพท์ประสานงานไปที่ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้การส่งผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นไปอย่างรวดเร็ว ภาพคมชัด อ่านง่าย อีกทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จังหวัดขอนแก่น สามารถเห็นผลการตรวจและข้อมูลผู้ป่วย พร้อมทั้งสามารถให้คำแนะนำในการดูแลได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลชุมชนในเวลาเดียวกันและติดตามผลการตรวจพิเศษจากโรงพยาบาลทุติยภูมิและตติยภูมิได้ ดังนั้นการขอคำปรึกษาผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจึงเป็นไปได้ในเวลากำหนดตามเกณฑ์ ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (Door to SK) เท่ากับ 47.55 นาที ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยเวลาดังกล่าวไม่ได้สูงเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้มากนัก ถือว่าเป็นค่าที่ยอมรับได้เนื่องจากเป็นระยะแรกของการพัฒนา และเป็นประเด็นที่ท้าทายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ต่อไป

ในการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ให้เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase นั้น จากกระบวนการพัฒนาดังกล่าวข้างต้นถือว่าโรงพยาบาลวาปีปทุมได้ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน ทั้งนี้เนื่องจาก การถ่ายทอดนโยบาย STEMI fast track และการติดตามกำกับจากระดับเขตสุขภาพ ลงสู่ระดับจังหวัดและอำเภอ ที่ชัดเจน ตลอดจนความเข้มแข็งของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย STEMI ในระบบบริการช่องทางด่วนในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยมีโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับเขตสุขภาพ และโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัด ซึ่งได้มีการช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในด้านองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การจัดสรรงบประมาณในการพัฒนากำลังคนเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญตามแผนบริการสุขภาพสาขาหัวใจและหลอดเลือด ความพร้อมของเวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนความร่วมมือร่วมใจ ร่วมคิดตัดสินใจ และลงมือ

ปฏิบัติร่วมกันของบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อมุ่งพัฒนางานให้มีคุณภาพ ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยสามารถโดยสามารถลดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการในขั้นตอนต่าง ๆ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิตย์ โพธิ์จันทร์¹¹ ที่พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระยะเวลานับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับการรักษาด้วย Streptokinase ลดลงจาก 126.0 นาที เป็น 29.0 นาที อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากร้อยละ 4.4 เป็น 0 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 77.0 เป็น 95.8 โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จหนึ่งคือ การประสานงานและความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา¹² ที่ศึกษาผลของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST elevation ด้วยยา Streptokinase โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

อย่างไรก็ตามถึงแม้ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI ได้มีการรณรงค์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทาง 1669 เพื่อลดขั้นตอนและสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วย แต่จากผลการศึกษานี้ได้พบประเด็นปัญหาที่สำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วย STEMI ทั้งหมดมาโรงพยาบาลเอง ไม่ได้เรียกใช้บริการในช่องทาง 1669 แสดงให้เห็นถึงว่า ประชาชนขาดความตระหนักและมีการจัดการตนเองเมื่อมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดขึ้น โดยเรียกใช้บริการโทรแจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ดังนั้นในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาในประเด็นช่องทางประชาสัมพันธ์ที่สร้างเสริมความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจและการเข้าถึงบริการโทร

แจ้งสายด่วนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนภรณ์ ยนต์ตระกูลและคณะ ที่พบว่า การเรียกใช้บริการผ่านช่องทาง 1669 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมีน้อย เพียงร้อยละ 23.02¹³

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ได้รับความช่วยเหลือจาก Streptokinase นี้เกิดจากการมองเห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกัน นโยบายที่ชัดเจนและถ่ายทอดลงมาตั้งแต่ระดับเขตสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่ายผู้ถูกช่วย การติดตามกำกับที่เสริมแรงและต่อเนื่อง ความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนา และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการสื่อสาร อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องคำนึงถึงและต้องดำเนินการไปพร้อมกันในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คือ การขยายเครือข่ายในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่ง การดำเนินการในชุมชนต้องเน้นหนัก

เรื่องการให้ความรู้ต่อชุมชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็ว การพัฒนาระบบการส่งต่อและรับกลับ/การดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงสถานบริการที่มีศักยภาพ ลดอัตราตาย และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เป็นไปตามเป้าหมายของการรักษาและดูแลผู้ป่วย STEMI

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างต่อเนื่อง และกำหนดค่าเป้าหมายที่ท้าทายในแต่ละขั้นตอน การบริการเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการบริการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. ควรขยายขอบเขตการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้ครอบคลุมการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) และการรับกลับ/การดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. **Statistics of cardiovascular diseases 2015**. URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม 2560.
2. เกรียงไกร เสงวีรัมย์. **สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย**. URL http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2560.
3. Srimahachota, S., et al. Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS)-An Extension of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACS) Group: Lower In-Hospital but Still High Mortality at One-Year. **J Med Assoc Thai**. 95(4) : 508-18, 2012.
4. สุรพันธ์ สิทธิสุข และภรณ์ กฤษกุล (บรรณาธิการ). **แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557**. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด กรุงเทพฯ, 2557.
5. คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาขีดความสามารถของระบบบริการโรคหัวใจ เขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์). **คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่ในการดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. เพ็ญพรินดี ขอนแก่น, 2556.
6. วิทยา ชาติบัญญัติ และคณะ. **คู่มือการดูแลผู้ป่วยในระบบทางด่วนพิเศษ เขตบริการสุขภาพที่ 7**. เพ็ญพรินดี ขอนแก่น, 2557.
7. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. **รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประจำปีงบประมาณ 2555-2558**. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาสารคาม, 2559.
8. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. **รายงานสรุปการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจ**. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาสารคาม, 2559.
9. Kemmis, S., & McTaggart, R. (eds.). **The action research planner**. Deakin University Press Victoria Australia, 1988.
10. เกษราวัลย์ นิลวารงกู. **การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับการพยาบาลชุมชน**. หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น, 2558.
11. สุวนิตย์ โพธิ์จันทร์. **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลขอนแก่น**. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 29(1) : 22-30, 2554.
12. วิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทย์. **ผลการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST elevation ด้วยยา Streptokinase ในโรงพยาบาลชุมชน**. **พุทธชินราชเวชสาร**. 29 : 349-356, 2555.
13. รัตนภรณ์ ยนต์ตระกูล และคณะ. **การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ**. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 27(2) : 80-95, 2560.

การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี

The Quality Development Model for Cause of Death Data in Ubonratchathani Province

สิริพร วงศ์ตรี¹

Siriporn Wongtri¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี การดำเนินงานวิจัย 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการข้อมูลสาเหตุการตาย 2) การออกแบบและพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย 3) การใช้และหาประสิทธิภาพรูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และ 4) การกำหนดแผนการปฏิบัติและนำรูปแบบระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ขยายผล และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานีประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงานการจัดการข้อมูลการตาย (Define and Development) 2) การประเมินตรวจสอบ ติดตามและการวัดผลคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน (Evaluation and Edit) 3) การวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน (Analysis and Audit) 4) การทำงานเป็นทีมเครือข่ายในการพัฒนาข้อมูลเวชระเบียน (Teamwork) 5) การมีส่วนร่วมจัดการข้อมูลโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Holistic) 6) การกำหนดมาตรการควบคุม การแก้ไขปัญหาและการสะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทุกระดับ (Reflection and Refer) เรียกว่า C-DEATH-R Model ซึ่งผลการใช้รูปแบบระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายพบว่าภายหลังการพัฒนาแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายผู้ปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยระดับการดำเนินงานมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: คุณภาพของข้อมูล, สาเหตุการตาย, รูปแบบ

Abstract

This research employed a research developmental method. The purpose of this study was to develop the quality development model for cause of death data in Ubonratchathani province. The four stages used in this research were: 1) data synthesis for the process model, 2) design and development of the quality development model for cause of death data, 3) uses and determines the effectiveness of the model, and 4) defining the action plan and agreement of quality development model for cause of death data, expansion, and proposed policy suggestions.

The findings revealed as follows: the quality development model for cause of death data in Ubonratchathani province. The process in 6 steps of development, included: 1) Define and Development, 2) Evaluation and Edit, 3) Analysis and Audit, 4) Teamwork, 5) Holistic and 6) Reflection and Refer, was called C-DEATH-R Model. The findings of trying out the quality development model for cause of death data. The research findings showed that after the development of model, the sample group showed gains in process from before the intervention at 0.05 level of significance ($p < 0.05$).

Keyword: Quality of data, Cause of death, Model.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ข้อมูลสาเหตุการตาย เป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนปัญหาสุขภาพของประชาชน และเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในเชิงนโยบาย เพื่อการวางแผนพัฒนาด้านสุขภาพและพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ ข้อมูลสาเหตุการตายจึงเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญยิ่ง ถ้าข้อมูลมีคุณภาพย่อมนำไปสู่การแก้ปัญหาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ องค์การอนามัยโลก ซึ่งได้กำหนดให้ทุกประเทศทั่วโลกใช้ระบบบันทึกสาเหตุการตายแบบเดียวกัน เนื่องจากข้อมูลสาเหตุการตายเป็นข้อมูลเดียวที่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีกฎหมายรองรับให้มีการจดทะเบียนการเกิดการตาย จึงเป็นข้อมูลเพียงชนิดเดียวที่จะสามารถครอบคลุมการตายได้เกือบร้อยละ 100 และทุกประเทศยังใช้ข้อมูลนี้เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ความสูญเสียอันเกิดจากโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งจะนำมาใช้กำหนดนโยบาย วางแผนพัฒนาด้านสุขภาพและพัฒนางานสาธารณสุข ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค ให้บริการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในเชิงเศรษฐกิจและสังคม ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลการตาย หลายประเทศมีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการตายและการวินิจฉัยสาเหตุการตายอย่างเป็นระบบ มีการชันสูตรและวินิจฉัยโดยแพทย์ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง น่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างถูกต้อง⁽¹⁾

ประเทศไทยมีระบบทะเบียนราษฎร ถือว่าเป็นระบบที่มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ จากการเปรียบเทียบข้อมูลประชากรทั้งหมดในระบบกับการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร ปี พ.ศ. 2548 – 2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ระบบทะเบียนราษฎรมีความครอบคลุม สูงมากถึงร้อยละ 95.0 ของประชากรทั้งหมด แต่คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายค่อนข้างต่ำ เพราะสัดส่วนการตายที่ระบุสาเหตุไม่ชัดเจนสูงเป็นอันดับต้นของโลก เนื่องจากการตายประมาณ ร้อยละ 60 – 70 ของการตายทั้งหมดเกิดนอกโรงพยาบาลและถูกระบุการ

ตายโดยญาติ หรือผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ซึ่งไม่มีพื้นฐานความรู้ทางการแพทย์ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2003 พบว่า ข้อมูลสาเหตุการตายของประเทศไทยมีความน่าเชื่อถือต่ำมากที่สุด โดยพบว่า ข้อมูลสาเหตุ การตายคลุมเครือถึงร้อยละ 49.0 ของข้อมูลทั้งหมด จากรายงานการศึกษาสาเหตุการตายในกรุงเทพมหานคร ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2544 พบว่า สาเหตุการตายตามใบมรณบัตร มีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยของทีมแพทย์เพียงร้อยละ 37.30 จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายของศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย พบว่า คุณภาพของสาเหตุการตาย ยังคาดเคลื่อนจากความเป็นจริงอยู่มาก เนื่องมาจากการตาย นอกสถานพยาบาล ประมาณร้อยละ 65.0 ของการตายทั้งหมด และสาเหตุที่ทำให้การวิเคราะห์สาเหตุ การตายไม่ชัดเจน เนื่องจากผู้ให้สาเหตุการตายจะไม่ใช้บุคลากรทางการแพทย์ แต่เป็นนายทะเบียนท้องถิ่น มีการเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย หรือสาเหตุการตายคลุมเครือไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบปัญหาความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการจดทะเบียนการตาย เช่น การแจ้งตายล่าช้าหรือไม่ได้แจ้งตามกำหนดเวลาที่กฎหมายระบุ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในเรื่องของจำนวนคนตาย กระทรวงสาธารณสุข (2559)⁽¹⁾ แจ้งหลักเกณฑ์การปฏิบัติ เรื่อง การให้สาเหตุการตายกรณี การตายนอกสถานพยาบาลและเป็นการตายตามธรรมชาติ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คุณภาพข้อมูลการตายทั้งในและนอกสถานพยาบาล มีความถูกต้อง และเป็นมาตรฐานตามหลักการขององค์การอนามัยโลก สามารถนำไปใช้วางแผนงาน โครงการต่าง ๆ ได้อย่างแม่นยำ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพข้อมูลการตาย นอกสถานพยาบาลนั้น สำนักทะเบียนกลางกรมการปกครอง ได้ขอความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุขในการจัดอบรมให้ความรู้แก่นายทะเบียนอำเภอ นายทะเบียนท้องถิ่น และนายทะเบียนผู้รับแจ้งการตาย ให้สามารถลงรายการสาเหตุการตายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการอบรมให้ความรู้แก่นายทะเบียน 16 จังหวัด ในปี 2558 ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวข้องเฉพาะการให้คำแนะนำและให้บริการข้อมูลด้าน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การรักษาพยาบาลที่จำเป็นตามหลักของสถานบริการเท่านั้น ส่วนการรับแจ้งตายและการลงรายการสาเหตุการตายเป็นอำนาจของนายทะเบียน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายของจังหวัดอุบลราชธานี ในปี 2556-2558 ยังคงพบสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดของสาเหตุการตายสำคัญ 10 อันดับแรกในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปี 2556 สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ร้อยละ 25.62 ปี 2557 ร้อยละ 25.09 และปี 2558 สาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ร้อยละ 19.39 จากปัญหาเหล่านี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จึงเกิดแนวคิดที่จะทบทวนและพัฒนาแนวทางในการให้สาเหตุการตาย เพื่อคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยมีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการข้อมูลสาเหตุการตาย (Research: R1)

ประชากรศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 230 คน กลุ่มตัวอย่างก็คือ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ในจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทราบประชากรที่แน่ชัด โดยใช้สูตรของ Taro Yamane, 1973 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกเติมหน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมตัวเลขลงในช่องว่างให้

สมบูรณ์ มีข้อความทั้งหมด 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน การเข้ารับการประชุม/อบรมให้ความรู้ และการปฏิบัติการสันนิษฐานสาเหตุการตาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยแบ่งความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ประกอบด้วย 2 ระดับ คือ 1. ความพร้อมในการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 2. ความพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 8, 9, 10

โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 5 ระดับ การแปลความหมาย การแบ่งระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ในภาพรวม โดยใช้เชิงเกณฑ์การประเมิน แบ่งเป็น 3 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปลายเปิด การแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ในจังหวัดอุบลราชธานี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอผู้เชี่ยวชาญในการตรวจทานแก้ไขปรับปรุง จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้ 2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้ว จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ทำการศึกษานับจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์

หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (Development: D1) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การยกร่างรูปแบบการจัดการระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ผู้วิจัยนำผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหา ความต้องการ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้เป็นแนวทางการออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการระบบงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1.การกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงานการจัดการข้อมูลการตาย, 2. การประเมิน ตรวจสอบ ติดตามและการวัดผลคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน, 3. การวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน, 4. การทำงานเป็นทีมเครือข่ายร่วมกันในการพัฒนาข้อมูลและเวชระเบียน ในระดับหน่วยงาน, 5. การจัดการข้อมูลแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด และ 6. การกำหนดมาตรการควบคุมการแก้ไขปัญหาและการสะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทุกระดับและทันสมัย

2. การพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย การศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมทเทคการ์ท (1988)⁽²⁾ โดยดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3. ขั้นสังเกต (Observation) 4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารอบที่เกี่ยวกับกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Group discussion guideline) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ชุดที่ 2 แนวคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ชุดที่ 3 แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้แบบสังเกต (Participant observation guideline) ใช้ในการบันทึกจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการบันทึกข้อมูล ชุดที่ 4 แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย (Daily filed note) เพื่อบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่ ตามการรับรู้ของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เทปบันทึกเสียงและกล้องบันทึกภาพการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนไม่บิดเบือนข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในด้านกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ในด้านกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis และ Mc Taggart(1998) 4 ขั้นตอน เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการประชุม และสนทนากลุ่ม ซึ่งแบ่งกลุ่ม จัดแบ่งกลุ่มคลടกันเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน เพื่อเข้าดำเนินกิจกรรม 6 ฐาน

4. เครื่องมือที่ใช้ในการประชุมติดตาม และประเมินผลการพัฒนาระบบจัดการโดยมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการสัมภาษณ์ มีจำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสังเกต (Participant observation guideline) ใช้ในการบันทึกจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการบันทึกข้อมูล 2) แนวทางการสนทนาและการสัมภาษณ์เพื่อการ ประชุมติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ เดือนละ 1 ครั้ง คิดต่อกันเป็น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ระยะเวลา 3 เดือน 3) แบบบันทึกประจำวันของผู้วิจัย เพื่อบันทึกข้อมูลจากการปฏิบัติการวิจัยในพื้นที่ ตามการรับรู้ของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยและใช้เทปบันทึกเสียงและกล้องถ่ายภาพการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนไม่บิดเบือนข้อมูล

5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านผลลัพธ์ โดยใช้กระบวนการประชุมสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้แบบสังเกต ใช้ในการบันทึกจากการสังเกตการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการบันทึกข้อมูล 2) แนวทางการสนทนาและการสัมภาษณ์เพื่อการประชุมติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 เดือน 3) เทปบันทึกเสียงและกล้องถ่ายภาพการสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนไม่บิดเบือนข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเกณฑ์การนำไปใช้และหาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (Research: R2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การนำรูปแบบการจัดการกระบวนการระบบงานและการนำไปใช้ (ฝังการไหลระบบงานและเกณฑ์ควบคุมการวัดผลและการติดตาม) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินครั้งนี้ จำนวน 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอตาลชุม ม่วงสามสิบ หนองเสือ ไก่ ดอนมดแดง โพธิ์ไทร สิรินคร สำโรง น้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

2. การหาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการระบบ (ก่อนและหลังการพัฒนา) เครื่องมือที่ใช้ในการหาประสิทธิผลของรูปแบบและการหาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานด้านการสนับสนุนสาเหตุการตาย และการวัดคุณภาพข้อมูลตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละของสถานบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล)

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแนวทางปฏิบัติและนำรูปแบบระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ขยาย

ผล และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Development: D2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การกำหนดแนวทางปฏิบัติรูปแบบการจัดการระบบงานและแนวทางการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าร่วมเสวนาครั้งนี้ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 1. นายทะเบียน 8 คน 2. สาธารณสุขอำเภอ 8 คน 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 8 คน และ 4. ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 6 คน การทำบันทึกข้อตกลงรูปแบบการจัดการระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และแนวทางปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การขยายผลรูปแบบในระดับอำเภอในการขยายผลรูปแบบการจัดการกระบวนการปฏิบัติในระดับอำเภอ 3 วิธีดังนี้ 1) นำเสนอแนวทางการปฏิบัติผู้เกี่ยวข้องในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการและผู้นำชุมชนประจำเดือน 2) นำเสนอแนวปฏิบัติในเวทีประชุมเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การทำบันทึกความร่วมมือกับนายทะเบียนอำเภอและหน่วยงานพยาบาลในสังกัดสาธารณสุขในระดับอำเภอ

3. การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการระบบการจัดการคุณภาพสาเหตุการตาย

จากการดำเนินการวิจัยเรื่องจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานีโดยดำเนินการดังนี้

1) กำหนดประเด็นรับฟังความคิดเห็น 5 ข้อประกอบด้วย 1.1) ท่านมีแนวคิด กลยุทธ์ วิธีดำเนินการอย่างไรบ้างในการขับเคลื่อนรูปแบบระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย 1.2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอควรมีรูปแบบ กระบวนการ หรือวิธีการอย่างไร ในการขับเคลื่อนรูปแบบระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย 1.3) ผู้บริหารโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะมีวิธีการกำกับ ติดตามผลการนำรูปแบบระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายอย่างไร 1.4) มีเงื่อนไขและปัจจัย

ไต่ถาม ที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำรูปแบบระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไปใช้ 1.5) ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 2) สรุปผลที่ได้จากประเด็นรับฟังความคิดเห็น โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา 3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในประเด็นหลัก 3 ข้อดังนี้ 3.1) กลยุทธ์และวิธีดำเนินการขับเคลื่อนรูปแบบระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3.2) วิธีการกำกับ ติดตามผลการใช้รูปแบบระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายของผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3.3) เงื่อนไขและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำรูปแบบระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตาราง ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กับคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้านกระบวนการพัฒนา และด้านผลลัพธ์ ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต การบันทึกภาคสนาม การบันทึกเสียงและการถ่ายภาพวิดีโอ จากผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลมาตีความ และแยกออกเป็นหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้ทั้งหมดสรุปเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ และความเป็นเหตุเป็นผลเชิงตรรกะ

ผลการวิจัย

1. ผลการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการข้อมูลสาเหตุการตาย (Research: R1)

1.1 ข้อมูลระบบการสันนิษฐานการตายในจังหวัดอุบลราชธานีปัจจุบัน ยังยึดปฏิบัติขั้นตอนการแจ้งตายตาม

ระบบที่ดำเนินการ ปี 2550-2557 และมีการเพิ่มเติมการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1.2 คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย ในจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเดือนตุลาคม 2558 – มิถุนายน 2559 พบว่า อำเภอที่มีข้อมูลสาเหตุการตายที่ทราบสาเหตุแน่ชัดมากที่สุด คือ อำเภอดอนมดแดง ร้อยละ 81.91 รองลงมาคือ อำเภอสำโรง ร้อยละ 81.60 และอำเภอม่วงสามสิบ ร้อยละ 80.48 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการตายมีคุณภาพ หมายถึงสาเหตุการตายที่สามารถลงรหัส ICD-10 ได้ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ส่วนสาเหตุการตายไม่มีคุณภาพ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน ที่ขึ้นต้นด้วยรหัส R (R00-R99)

1.3 ข้อมูลความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติการสันนิษฐานสาเหตุการตาย

1) ผลการศึกษาข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 50 คน ร้อยละ 71.40 อายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 38.01 ปี (SD=9.54) กลุ่มอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด จำนวน 24 คน ร้อยละ 34.30 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 22-30 ปี จำนวน 20 คน ร้อยละ 28.60 น้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 51-60 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 14.30 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 54 คน ร้อยละ 77.10 รองลงมาคือ ระดับมัธยม/อนุปริญญา จำนวน 9 คน ร้อยละ 12.90 น้อยที่สุดคือ ปริญญาโท/สูงกว่า จำนวน 7 คน ร้อยละ 10.0 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 32 คน ร้อยละ 45.70 รองลงมาคือ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 16 คน ร้อยละ 22.90 และตำแหน่งอื่น ๆ ได้แก่ พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น จำนวน 16 คน ร้อยละ 22.90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการประชุม/อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการปฏิบัติการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จำนวน 39 คน ร้อยละ 55.70 และกลุ่มตัวอย่างเคยปฏิบัติการสันนิษฐานสาเหตุการตาย จำนวน 70 คน ร้อยละ 100.0

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

2) ผลการศึกษาข้อมูลความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย ในจังหวัดอุบลราชธานี จากผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจระดับสูง ร้อยละ 61.40 ในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย มากที่สุดคือ ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับการตายผิดธรรมชาติที่ต้องมีการชันสูตรพลิกศพ ได้แก่ อุบัติเหตุต่าง ๆ ฆ่าตัวตายฆาตกรรม มากที่สุด ($\bar{X} = 4.43$, S.D = 0.926) และความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับข้อมูลสาเหตุการตายที่ถูกต้อง จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปแก้ไขปัญหสุขภาพของประชาชน และ ใช้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.31$, S.D = 0.713) ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ความเข้าใจในด้านนี้เป็นความรู้พื้นฐานในการปฏิบัติงานกร สันนิษฐานสาเหตุการตายที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในด้านนี้ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามระเบียบและหลักเกณฑ์

3) ผลการศึกษาข้อมูล ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย จากผลการวิจัยพบว่าในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมระดับปานกลาง ร้อยละ 61.40 ในรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพ ระดับสูง ($\bar{X} = 19.30$) และมีความพร้อมในการปฏิบัติงานกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 16.69$) และในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมมากที่สุดคือ พร้อมที่จะฝึกอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดการความรู้เพื่อใช้ในการสันนิษฐานสาเหตุการตาย กรณีที่ผู้ตายตายตามธรรมชาติ ($\bar{X} = 4.01$, S.D = 0.825) และพร้อมที่จะพัฒนาปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย เพื่อใช้ในการสันนิษฐานสาเหตุการตาย ($\bar{X} = 4.00$, S.D = 0.851) เนื่องจากการฝึกอบรม จัดการความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประสานร่วมกันของงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ปฏิบัติกรมีความรู้ ทักษะ และความชำนาญในการทำงานมากขึ้น และช่วยในการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของ

ผู้ปฏิบัติงาน สันนิษฐานสาเหตุการตายรวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงาน จะทำให้การปฏิบัติงานกร สันนิษฐานสาเหตุการตายบรรลุผลสำเร็จ และผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมในการให้บริการประชาชน กลุ่มตัวอย่างจึงมีความพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพในการอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน

4) ผลการศึกษาข้อมูลความพึงพอใจในการปฏิบัติกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย จากผลการวิจัยพบว่าในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.30 ในรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพเพื่อช่วยเหลือในการวินิจฉัย/สันนิษฐานสาเหตุการตาย ($\bar{X} = 3.57$, S.D = 0.772) รองลงมาคือ นโยบาย และระบบกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย ($\bar{X} = 3.44$, S.D = 0.694) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี เพื่อใช้ดำเนินการในการวินิจฉัยและสันนิษฐานสาเหตุการตายที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยอธิบายรายละเอียดและแนวทางการปฏิบัติกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย ตามระเบียบ หลักเกณฑ์ และถือปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นเมื่อผู้ปฏิบัติงานกร สันนิษฐานสาเหตุการตายได้รับการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติกร สันนิษฐานการตายอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติกร สันนิษฐานสาเหตุการตาย มีความกระตือรือร้น ความสุข และความมุ่งมั่นต่อการทำงาน

5) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เกี่ยวกับการปฏิบัติกร สันนิษฐาน สาเหตุการตาย จากการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการแสดงความคิดเห็น ร้อยละ 42.90 โดยมีการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมมากที่สุด 3 ลำดับ คือ ความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 32.90 เช่น อยากให้มีการจัดการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อการทบทวนความรู้ให้ทันเหตุการณ์ รองลงมาคือ รูปแบบการปฏิบัติกรในการสันนิษฐานสาเหตุการตาย กรณีที่ผู้ตายตายตามธรรมชาติ

ร้อยละ 31.40 เช่น การสนับสนุนการตายได้จากการสอบถามข้อมูลการตายจากญาติ หรือบุคคลที่มาแจ้งตายที่หน่วยงาน หรือสอบถามผู้นำหมู่บ้าน และสิ่งที่ต้องการสนับสนุนการทำงาน ร้อยละ 31.40 เช่น งบประมาณสนับสนุนเจ้าหน้าที่และเอกสารความรู้ประกอบการพิจารณาวินิจฉัยสาเหตุการตาย สำหรับกลุ่มตัวอย่างมีการแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมน้อยที่สุดคือ ความปลอดภัย/การคุ้มครอง ในการทำงานร้อยละ 27.10 เช่น มีความปลอดภัยและการคุ้มครองน้อย ต้องมีแพทย์รองรับอีกทีหนึ่ง

1.4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กับคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย

1) จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานการสนับสนุนสาเหตุการตาย เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานที่ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามระเบียบหลักเกณฑ์ เมื่อผู้ปฏิบัติงานการสนับสนุนสาเหตุการตายมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงานการสนับสนุนสาเหตุการตาย จะส่งผลทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายมีคุณภาพและประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อการนำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน และใช้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑลพิมพ์ทรัพย์ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความถูกต้องของการรายงานสาเหตุการตายจากมรณบัตรตามเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ทำให้สาเหตุการตายจากมรณบัตรไม่ถูกต้อง ได้แก่ ผู้แจ้งตายและผู้รับแจ้งไม่ทราบประโยชน์และความสำคัญของการระบุสาเหตุการตาย นายทะเบียนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีความรู้เรื่องการสอบสวนสาเหตุการตายน้อย ขาดการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยทางด้านสังคม และเงื่อนไขของการทำประกันชีวิต และการศึกษาของบุญชรีกา ทองสุข ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง

คุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตายของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2550 ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพของระบบรายงานสาเหตุการตาย ด้านความครบถ้วนของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบว่า ข้อมูลการตายที่ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบข้อมูลมากที่สุด ร้อยละ 99.82 รองลงมาได้แก่ แพ้เมฆระเบียน ร้อยละ 97.5 หนังสือรับรองการตาย ร้อยละ 95.72 และมรณบัตร ร้อยละ 95.19 ด้านความถูกต้องของการบันทึกสาเหตุการตาย พบว่า สาเหตุการตายที่เลือกจากหนังสือรับรองการตายมาบันทึกในมรณบัตรเลือกได้ถูกต้อง ร้อยละ 89.13 และสาเหตุการตายในมรณบัตรถูกต้องตรงกับแพ้เมฆระเบียน ร้อยละ 57.04 และพบการใช้คำแสดงรูปแบบการตายบันทึกสาเหตุการตายในมรณบัตร ร้อยละ 13.76 สาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายถูกต้องตรงกับแพ้เมฆระเบียน ร้อยละ 50.75 และลักษณะที่ทำให้บันทึกสาเหตุการตายในหนังสือรับรองการตายไม่ถูกต้องคือ บรรทัดล่างสุดไม่ใช่สาเหตุการตาย การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบรายงานสาเหตุการตาย ควรมีการประชุมเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย พร้อมกับอบรมความรู้เรื่องการเขียนสาเหตุการตาย รหัส ICD-10 การรายงานสาเหตุการตายและเวชระเบียน ให้กับแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2) ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานการสนับสนุนสาเหตุการตาย จากผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า ความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานเป็นการเตรียมตัวของผู้ปฏิบัติงานการสนับสนุนสาเหตุการตาย ทั้งในด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน และความพร้อมที่จะพัฒนาศักยภาพ หากผู้ปฏิบัติงานการสนับสนุนสาเหตุการตายมีความพร้อม มีทักษะ และความชำนาญในการทำงาน จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพร้อมในการให้บริการประชาชน และการปฏิบัติงานการสนับสนุนสาเหตุการตายบรรลุผลสำเร็จ ส่งผลให้ข้อมูลสาเหตุการตายมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑลพิมพ์ทรัพย์ ได้

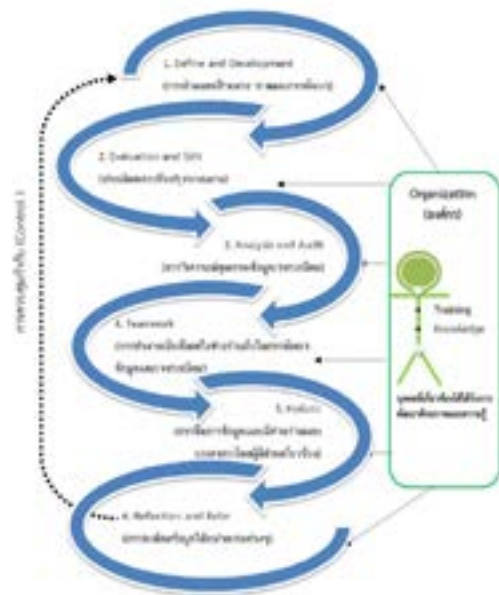
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ทำการศึกษาเรื่อง ความถูกต้องของการรายงานสาเหตุการตายจากมรณบัตรตามเกณฑ์บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ทำให้สาเหตุการตายจากมรณบัตรไม่ถูกต้อง ได้แก่ ผู้แจ้งตายและผู้รับแจ้งไม่ทราบประโยชน์และความสำคัญของการระบุสาเหตุการตาย นายทะเบียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีความรู้เรื่องการสอบสวนสาเหตุการตายน้อย ขาดการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บัญชีทางด้านสังคมและเงื่อนไขของการทำประกันชีวิต ซึ่งความถูกต้องของการรายงานสาเหตุการตายจากมรณบัตร จะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย ทั้งผู้แจ้งตาย ผู้รับรองการตายและผู้รับแจ้งตายที่ทำหน้าที่นายทะเบียน การแก้ไขปัญหาจะต้องใช้รูปแบบพหุภาคี เน้นการใช้ประโยชน์ของข้อมูลสาเหตุการตายร่วมกัน และการศึกษาของธงชัย สิทธิสุขโณ ได้ศึกษากระบวนการได้มาซึ่งสาเหตุการตาย ในใบรับแจ้งการตาย (ท.ร. 4 ตอนหน้า) ของผู้ใหญ่บ้าน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาในประเด็นกรณีความครบถ้วนของการดำเนินการค้นหาข้อมูลสาเหตุการตาย พบว่าผู้ใหญ่บ้านร้อยละ 71.90 ดำเนินการค้นหาข้อมูลครบทุกขั้นตอน

3) ความพึงพอใจในการปฏิบัติการสำนัสนิฐานสาเหตุการตาย จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติการสำนัสนิฐานสาเหตุการตาย ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อธิบายได้ว่า ถึงแม้ผู้ปฏิบัติงานการสำนัสนิฐานสาเหตุการตายจะมีความพึงพอใจ หรือไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติการสำนัสนิฐานสาเหตุการตาย คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายก็ยังคงเป็นเช่นเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องจากความพึงพอใจเป็นเพียงความรู้สึกและความคิดของผู้ปฏิบัติงานต่อการปฏิบัติการสำนัสนิฐานสาเหตุการตาย เช่น ความพึงพอใจในการได้รู้การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ สวัสดิการ และค่าตอบแทนต่าง ๆ เป็นต้น จึงไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติการสำนัสนิฐานสาเหตุการตายกับคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย

2. ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (Development: D1) การ

พัฒนาระบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานีประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงานการจัดการข้อมูลการตาย (Define and Development) 2. การประเมินตรวจสอบ ติดตามและการวัดผลคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน (Evaluation and Edit) 3. การวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน (Analysis and Audit) 4. การทำงานเป็นทีมเครือข่ายร่วมกัน ในการพัฒนาข้อมูลและเวชระเบียน ในระดับหน่วยงาน (Teamwork) 5. การจัดการข้อมูลแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด (Holistic) 6. การกำหนดมาตรการควบคุม การแก้ไขปัญหา และการสะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทุกระดับและทันสมัย (Reflection and Refer) เรียกว่า C-DEATH-R Model ภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
C-DEATH-R Model

3. ผลการใช้และหาประสิทธิภาพผลรูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (Research: R2) พบว่าผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานด้านสำนัสนิฐานสาเหตุการตายก่อนการพัฒนามีกระบวนการทำงานและการจัดการคุณภาพข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางภายหลังการพัฒนา มีการดำเนินงานโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$

4. ผลการกำหนดแนวปฏิบัติและนำรูปแบบระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ขยายผล และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Development: D2) วิธีดำเนินการขับเคลื่อนรูปแบบระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย โดยที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลอำเภอควรดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติดังนี้ 1) สร้างการเห็นคุณค่าและประโยชน์ C-DEATH-R Model ว่าคืออะไร 2) เชื่อมโยง C-DEATH-R Model ไปสู่ระบบการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ใช้เทคโนโลยีช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการตรวจสอบข้อมูลและส่งเสริมคุณภาพกำกับติดตาม ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การเชื่อมโยงระบบงาน 3) การสร้างความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ 4) ส่งเสริม สนับสนุน ปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน 5) เสริมพลัง (Empowerment) ความเข้าใจชัดเจนในการดำเนินการ 6) พัฒนาระบบงานให้ชัดเจน

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (Development: D1) การพัฒนาระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในจังหวัดอุบลราชธานีประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย วางแผนการดำเนินงานการจัดการข้อมูลการตาย (Define and Development) การประเมิน ตรวจสอบ ติดตามและการวัดผลคุณภาพข้อมูลเวชระเบียน (Evaluation and Edit) การวิเคราะห์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียน (Analysis and Audit) การทำงานเป็นทีมเครือข่ายร่วมกันในการพัฒนาข้อมูลและเวชระเบียน ในระดับหน่วยงาน (Teamwork) การจัดการข้อมูลแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด (Holistic) และการกำหนดมาตรการควบคุม การแก้ไขปัญหาและการสะท้อนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องครอบคลุมทุกระดับและทันสมัย (Reflection and Refer) เรียกว่า C-DEATH-R Model ซึ่งการพัฒนาแนวทางการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้

มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีของวิลเลอร์ (1986) ⁽³⁾ และแนวคิดการพัฒนา รูปแบบของวาโร เฟ็งส์วีสต์ (2553) ⁽⁴⁾ นอกจากนี้กระบวนการต่างๆ ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงสำรวจ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการและเคมีส (1986) ⁽⁵⁾ งานวิจัยและพัฒนา ⁽⁶⁾ และการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎี โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการตายได้ร่วมกันคิดร่วมกันยกร่างรูปแบบ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ ทิศนา แจมมณี (2551) ⁽⁷⁾ ที่สรุปไว้ว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายเพื่อพัฒนาระบบงานต้องผ่านการจัดองค์ประกอบต่างๆ ของรูปแบบการจกกระบวนการพัฒนาให้เป็นระบบ โดยคำนึงถึงทฤษฎีและหลักการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งต้องจัดองค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบการจัดการระบบให้มีความสัมพันธ์กัน ผลการใช้และหาประสิทธิภาพรูปแบบการจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (Research: R2) พบว่าผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับงานด้านสนับสนุนสาเหตุการตายก่อนการพัฒนา มีกระบวนการทำงานและการจัดการคุณภาพข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางภายหลังการพัฒนา มีการดำเนินงานโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p > 0.05$ ผลการกำหนดแนวปฏิบัติและนำรูปแบบระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย ขยายผล และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Development: D2) วิธีดำเนินการขับเคลื่อนรูปแบบระบบจัดการคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย โดยที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลอำเภอควรดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติดังนี้ 1) สร้างการเห็นคุณค่าและประโยชน์ I C-DEATH-R Model ว่าคืออะไร 2) เชื่อมโยง C-DEATH-R Model ไปสู่ระบบการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ใช้เทคโนโลยีช่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการตรวจสอบข้อมูลและส่งเสริมคุณภาพกำกับติดตาม ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยดังต่อไปนี้ 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การเชื่อมโยงระบบงาน 3) การสร้างความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ 4) ส่งเสริม สนับสนุน ปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

5) เสริมพลัง (Empowerment) ความเข้าใจชัดเจนในการดำเนินการ 6) พัฒนาระบบการให้ชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการพัฒนาผู้บริหาร ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถในการจัดการกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการงานด้านเวชระเบียนและงานด้านสันนิษฐานสาเหตุการตาย

2. ควรมีการขยายการศึกษาในเขตพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นระดับจังหวัดในพื้นที่อื่น ๆ ระดับภาค และระดับประเทศ เพื่อได้ทราบถึงคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย ว่ามีความสอดคล้องหรือแตกต่างกันอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เหล่านั้น มาพัฒนาปรับปรุงคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย และสร้างกระบวนการติดตาม ควบคุมกำกับการทำงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข.(2559) การให้สาเหตุการตายกรณีการตายนอกสถานพยาบาลและเป็นการตายตามธรรมชาติ. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0205.03.1/ว209. นนทบุรี, 2559.
2. Kemmis, S. and R. McTaggart. The Action Research Planner. Geelong: Deakin University Press, 1990.
3. Willer , D . (1986). Scientific Sociology: Theory and Method. Englewood Clift, NJ: PrenticeHall Inc
4. วาโร เฟ็งส์วส์ดี. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร; ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 : กรกฎาคม – ธันวาคม 2553 คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
5. Carr, W. and S. Kemmis. Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research. Victoria: Falmer press, 1986.
6. สุกัญญา งามบรรจง (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะในศตวรรษที่ 21 ผ่านกิจกรรมลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.
7. ทิศนา แจมมณี. (2550). ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชายแดนไทย-พม่า:
กรณีศึกษา หมู่บ้านเลตองคุ ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

Factors relating Quality of Life (QOL) among elderly people in the border region between Thailand
and Myanmar: A case study of Letongku village, Maechan Sub-District,

Umphang District, Tak province

สุภาภรณ์ สูดหนองบัว¹, อัจฉราพร เคราะห์ดี², หลุยชัย ชันเพชร³

Supaporn Sudnongbua¹, Atcharaporn Kroadee², Harutai Khunphet³

บทคัดย่อ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำนวน 78 คน โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.7 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถทางด้านการรับรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 66.2 ความเป็นตัวของตัวเองระดับปานกลาง ร้อยละ 74 ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตระดับดี ร้อยละ 59.7 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง ร้อยละ 59.2 การเผชิญหน้ากับความตายระดับดี ร้อยละ 61.8 และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักระดับปานกลาง ร้อยละ 77.6 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การอยู่อาศัยกับภรรยาหรือสามี การอยู่อาศัยกับหลาน และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์อย่างนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ชายแดนไทย-พม่า

Abstract

Body of elderly people has deteriorated and risked to threaten from chronic diseases which affect to Quality of Life (QOL). A cross-sectional survey was employed. The purposes of this study were to determine the degree to which older persons stated that they had quality of life and to investigate correlation among personal factors, economic status, and Quality of Life (QOL). Seventy eight elderly people were randomly selected. A questionnaire was used for data collection. Descriptive statistics and Pearson Correlation were employed for data analysis.

The results illustrated that most elderly people had a moderate level of overall QOL (72.7%). WHOQOL-OLD compounded with 6 facets. 66.2% of those elderly stated that they had a moderate level of sensory abilities facet and also 74% stated that they had a moderate level of autonomy facet. Regarding the facet of past, present and future activities facet, 59.7% stated that they had a good level. Social participation facet and intimacy facet were found at the moderate level as they stated (59.2% and 77.6% respectively). 61.8% stated that they had a good level of death and dying facet. Furthermore, personal factors and economic status such as living with spouse, living with grandchildren, and monthly income statistically significant correlation with quality of life (WHOQOL-OLD).

Key words: quality of life elderly people border region between Thailand and Myanmar

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (* Corresponding Author)

² ส.ม. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

บทนำ

ประเทศไทยมีประชากรที่เป็นชาวเขาหรือชนกลุ่มน้อยหลายเผ่าพันธุ์อาศัยอยู่ในจังหวัดต่างๆ โดยกระจายอยู่ในพื้นที่ 67 จังหวัดของประเทศ มีประชากรประมาณ 6,100,000 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.68 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมากกว่าร้อยละ 7.18 เป็นชนเผ่ากะเหรี่ยงมีการกระจายตั้งถิ่นฐานตามภูมิภาคต่างๆ ใน 15 จังหวัดในภาคเหนือและภาคกลางตะวันตก กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย กะเหรี่ยงสะกอหรือปากะญอ เป็นกลุ่มที่มีมากที่สุด กะเหรี่ยงโปว์เป็นกลุ่มที่เคร่งครัดในประเพณีอาศัยอยู่มากที่อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และแถบตะวันตกของประเทศไทย กะเหรี่ยงบเว อาศัยอยู่มากที่อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน และกะเหรี่ยงปะโอหรือตองสู พบน้อยมากในประเทศไทย⁽¹⁾

อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เป็นอำเภอที่มีกะเหรี่ยงอาศัยอยู่ถึงร้อยละ 62.82 ของประชากรทั้งหมดในอำเภอ โดยมีหมู่บ้านเลตองคุ ตำบลแม่จัน อยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภออุ้มผาง ตั้งอยู่ใกล้แนวชายแดนไทย-พม่า มีแม่น้ำสุริยะเป็นส่วนหนึ่งของแนวพรมแดนพื้นที่ตั้งหมู่บ้านประมาณ 2 ตารางกิโลเมตร จากสภาพลักษณะภูมิประเทศอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ทำให้ประชากรขาดโอกาสในการรับบริการพื้นฐานและมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สาเหตุการเจ็บป่วยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการพื้นบ้านได้แก่ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ผลการรักษา การดำเนินของโรค และปัจจัยทางด้านระบบบริการของรัฐ⁽¹⁰⁾ โดยพบว่าชาวเลตองคุยังยึดมั่นอยู่กับแบบแผนการดูแลรักษาสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์พื้นบ้านจากการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ การใช้ประสบการณ์เดิมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้วัฒนธรรมประเพณี พิธีกรรมและความเชื่อของชาวเลตองคุที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากชุมชนอื่น คือการนับถือ "ลัทธิตฤภูมิ" มีตำนานกฤภูมิเปรียบเสมือนวัดในพุทธศาสนา ถือเป็นปฏิบัติตามคำสอนของกฤภูมิ อันประกอบด้วยบัญญัติ 10

ประการ เป็นความเชื่อของชุมชนมาหลายร้อยปีซึ่งสอดคล้องเหมือนกับศีล 5 ของพุทธศาสนา คือการไม่ดื่มสุราของมึนเมา ยกเว้นการสุบยาเส้น และหมาก การไม่คบผู้คิดประเวณีหากทำผิดจะถูกเนรเทศออกจากหมู่บ้าน การไม่รับประทานเนื้อสัตว์ตลอดชีวิต (กะเหรี่ยงจำนวนหนึ่งในหมู่บ้าน) และการเลี้ยงสัตว์เพื่อฆ่ากินถือเป็นข้อห้ามเด็ดขาด เช่น หมู เป็ด ไก่ วัว ควาย การไม่ลักขโมย และการไม่พูดโกหก

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของลักษณะเศรษฐกิจและสังคมได้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของชาวเลตองคุในการทำเกษตรกรรมแบบพืชเชิงเดี่ยวซึ่งเป็นอาชีพหลักดั้งเดิม และการมีข้อจำกัดในการใช้พื้นที่รวมทั้งแนวโน้มความต้องการใช้พื้นที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ปริมาณน้ำลดลง ทรัพยากรดินขาดความอุดมสมบูรณ์และมีการชะล้างพังทลายสูง มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสังคมเป็นสังคมเมืองมากขึ้นทำให้มีการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงาน มีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงสู่ความทันสมัยด้วยเหตุของการขยายขอบเขตเมืองและผลจากการพัฒนาด้านการท่องเที่ยว ทำให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพัง รวมทั้งการแบกรับภาระดูแล⁽⁷⁾ ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไร้เชื้อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพิงมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาวซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

จากข้อมูลดังกล่าวมาผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชายแดนไทย-พม่า เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุหรือมีหน้าที่บริการดูแลผู้สูงอายุได้นำไปกำหนดแนวทางในการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชายแดนไทย-พม่า
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชายแดนไทย-พม่า

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเลตองคุ ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตากในระหว่างเดือนเมษายน 2559 ถึง เดือนกรกฎาคม 2559 โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 114 คน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชายแดนไทย-พม่า ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านเลตองคุ ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวนทั้งสิ้น 114 คน โดยขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณของ Lwanga and Lemeshow (1991)⁽¹²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 78 คน แล้วทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) ตามเลขที่บ้านจากบัญชีรายชื่อของประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หัวหน้าครอบครัว จำนวนสมาชิกในครัวเรือน โรคประจำตัวหรือภาวะความพิการ การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้หลัก ภาวะหนี้สิน จำนวนหนี้สินทั้งหมด และการได้รับการสนับสนุนทางการเงิน

2. แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization for Old Age : WHOQOL-OLD) ฉบับภาษาไทย เริ่มใช้ในประเทศไทยครั้งแรกที่อำเภอปงก่า จังหวัดหนองคาย เมื่อเดือนธันวาคม ปี พ.ศ.2550 ภายใต้การได้รับอนุญาตจาก Prof. Mick Power ผู้ซึ่งคิดค้นเครื่องมือนี้ให้กับองค์การอนามัย

โลก โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2555) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถทางการรับรู้ จำนวน 4 ข้อ 2) ความเป็นตัวของตัวเอง จำนวน 4 ข้อ 3) ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต จำนวน 4 ข้อ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 4 ข้อ 5) การเผชิญหน้ากับความตาย จำนวน 3 ข้อ และ 6) การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก จำนวน 4 ข้อ แบบวัดคุณภาพชีวิตนี้มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 17 ข้อ และมีข้อคำถามในทางลบจำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบ ซึ่งการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 24-120 คะแนน นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 24-56 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี คะแนน 57-89 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คะแนน 90-120 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาและภาษา และนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ แล้วตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถาม (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการคำนวณหาร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณหาค่าความสัมพันธ์

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 328/57 และได้รับการอนุญาตในการทำวิจัยจากผู้ว่าราชการจังหวัดตากและนายอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อขอความ

ร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน โดยเน้นความสนใจในการเข้าร่วมโครงการโดยข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับผู้เข้าร่วม โครงการสามารถหยุดให้ข้อมูลและสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 3 ปี หลังการวิจัยสิ้นสุด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 88.3 มีสมรสคู่ ร้อยละ 59.7 ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 100 อาศัยอยู่กับภรรยาหรือสามี ร้อยละ 33 มีบทบาทเป็นหัวหน้าครัวเรือน ร้อยละ 48.7 สมาชิกที่อาศัยในครัวเรือนจำนวนเฉลี่ย 4.7 คน มีบุตรจำนวนเฉลี่ย 3.9 คน มีปัญหาสุขภาพโดยมีโรค

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิต ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=78)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			
	ระดับคุณภาพชีวิต	ร้อยละ	Mean	S.D.
ความสามารถทางการรับรู้	ปานกลาง	66.2	12.3	2.8
ความเป็นตัวของตัวเอง	ปานกลาง	74.0	12.5	2.0
ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	ดี	59.7	15.9	2.8
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	ปานกลาง	59.2	14.8	2.3

ประจำตัวหรือภาวะความพิการที่พบมากที่สุด คือ โรคสับสันบ่อยๆ หรือหลงๆ ลืมๆ ร้อยละ 22 รองลงมาคือ ความลำบากในการมองเห็น ร้อยละ 20.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 54.7 มีรายได้เฉลี่ย 1,440

บาทต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้หลักคือเงินสงเคราะห์จากรัฐบาล ร้อยละ 39.4 ไม่มีภาวะหนี้สิน ร้อยละ 96.9 สามีหรือภรรยาให้การ สนับสนุนด้านการเงินในระดับปานกลาง ร้อยละ

36 บุตรให้การสนับสนุนด้านการเงินในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.5 เพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือ (หรืออยากสนับสนุน) ด้านการเงินในระดับน้อยที่สุดและน้อย ร้อยละ 37.7 และองค์กรชุมชนหรือหน่วยงานของรัฐให้การสนับสนุนด้านการเงินในระดับน้อย ร้อยละ 45.5

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าองค์ประกอบด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และด้านการเผชิญหน้ากับความตายมี

คะแนนอยู่ในระดับดี องค์ประกอบด้านความสามารถทางด้าน การรับรู้ ความเป็น ตัวของตัวเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			
	ระดับคุณภาพชีวิต	ร้อยละ	Mean	S.D.
การเผชิญหน้ากับความตาย	ดี	61.8	15.9	3.6
การมีปฏิสัมพันธ์กับคูรัก	ปานกลาง	77.6	13.1	2.3
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ปานกลาง	72.7	84.1	9.4

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

พบว่า ปัจจัยด้านการอาศัยอยู่กับภรรยาหรือสามี อาศัยอยู่กับหลาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=0.475$ $p<.01$ และ $r=0.514$ $p<.05$ ตามลำดับ) ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r=0.310$, $p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปและสภาพเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=78)

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการทันตกรรม	
	r	P-value
1. อยู่อาศัยกับสามี/ภรรยา	0.475**	0.006
2. อยู่อาศัยกับหลาน	0.514*	0.014
3. รายได้ต่อเดือน	0.310*	0.038

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2-tailed)

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (2-tailed)

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรในหมู่บ้านเลตองคุ ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ตั้งอยู่บริเวณใกล้แนวชายแดนไทย-พม่า ซึ่งเป็นหมู่บ้านกะเหรี่ยงแห่งเดียวในประเทศไทยที่มีการนับถือ "ลัทธิฤๅษี"

ผู้สูงอายุจึงมีการถือปฏิบัติตามคำสอนของฤๅษีและการนับถือพระพุทธศาสนา เนื่องจากชุมชนตั้งอยู่

ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดารส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่รู้หนังสือจึงไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ แต่ทั้งนี้ในด้านบทบาทของครอบครัวผู้สูงวัยยังคงมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ภายในครัวเรือนประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นภรรยา บุตร บุตรเขย หรือสะใภ้ และหลาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโครงสร้างครอบครัวของผู้สูงวัยยังคงลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่มี

สมาชิกครอบครัวหลายช่วงอายุ โดยมีบุตรหลานและคู่สมรสเป็นผู้ใกล้ชิดที่ไว้วางใจได้และช่วยในการตัดสินใจเรื่องสำคัญ⁽⁶⁾ แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษายังพบผู้สูงอายุบางส่วน (ร้อยละ 7.8) ที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสังคมเป็นสังคมเมืองมากขึ้นทำให้มีการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงาน ทำให้ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพัง ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว คือ โรคสืบสนบ่อขๆ หรือหลงๆ ลืมๆ ความยากลำบากในการมองเห็น⁽³⁾ซึ่งได้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ส่วนที่เหลือเป็นผู้ที่ยังมีความสามารถในการประกอบอาชีพโดยการทำเกษตรกรรมซึ่งเป็นอาชีพหลักดั้งเดิม เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความสามารถในการประกอบอาชีพลดลงทำให้ขาดรายได้ ดังนั้นแหล่งรายได้

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเงินสงเคราะห์ของรัฐบาล และบางส่วนได้รับจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง⁽⁴⁾ แต่ผู้สูงอายุประเมินว่ายังไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน⁽⁶⁾ ซึ่งในการสนับสนุนทางการเงินจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้องได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินลดน้อยลงก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ดังนั้นเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ บุตรหลานควรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามการช่วยเหลือด้านการเงินที่บุตรมีต่อพ่อแม่ผู้ชรา อาจเปลี่ยนแปลงไปตามความจำเป็นของบุตร โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำงานในเมืองใหญ่ เนื่องด้วยสภาพค่าครองชีพที่สูงจึงทำให้บุตรไม่สามารถส่งเงินให้พ่อแม่ในชนบทได้ในทางตรงข้ามพ่อแม่ได้เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่บุตร เมื่อกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ในวันหยุดสำคัญ เช่น ปีใหม่และสงกรานต์ เป็นต้น⁽¹³⁾ ดังนั้นการสนับสนุนด้านเงินได้เกิดขึ้นทั้งสองทางระหว่างพ่อแม่ผู้สูงวัยกับบุตรซึ่งสลับกันเป็นผู้ให้และผู้รับ ทั้งนี้อาจรวมถึงบุตรที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ด้วยขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของพ่อแม่และความจำเป็นในการใช้เงินของบุตรขอมขึ้นอยู่กับจิตสำนึกที่มีต่อพ่อแม่ผู้สูงวัย

แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่นเนื่องจากปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว ได้แก่ การมีปัญหาในการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การบดเคี้ยวอาหารและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคมะเร็ง และโรคข้อเสื่อม⁽⁸⁾ ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดการสูญเสียความคิด ความจำและความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจ ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมถึงปัญหาการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุเป็นทุกขภาวะที่ตามมา เนื่องด้วยกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกหักได้ง่าย

จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเคย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น มีความลำบากในการมองเห็น สูญเสียการได้ยิน มีอาการสับสนบ่อยๆหรือหลงๆลืม เป็นต้น จึงเป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้เหมือนเดิม เกิดภาวะพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือสังคมน้อยลง ส่งผลให้เกิดอัตมโนทัศน์ที่ติดตนเองน้อยลงและทำให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยศึกษาจำแนกตามด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสภาพแวดล้อม⁽²⁾ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศตุรกี พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากปัจจัยด้านภาวะทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน⁽¹¹⁾ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบันและอนาคต และด้านการเผชิญหน้ากับความตาย อยู่ในระดับดี อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อพื้นฐานสำคัญที่ใช่เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจอยู่สองอย่าง คือ การนับถือฤกษ์และความศรัทธาที่มีต่อพระพุทธศาสนาที่มีความเชื่อเรื่องการทำบุญแล้วตายไปได้ขึ้นสวรรค์ การทำกิจกรรมตามหลักศาสนาที่ตนเองยึดถือศรัทธา ถือเป็นแรงที่จะนำมาซึ่งการปรับปรุงจิตใจ มีจิตใจที่เป็นสุข รู้จักปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของตนเองและจากการพบเห็นความตายจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้มองเห็นกระบวนการในภาวะใกล้ตายจึงเกิดแรงผลักดันให้มีการเตรียมตัวตายเพื่อเผชิญความตายได้อย่างสงบ⁽⁵⁾

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยส่วนบุคคลและสถานภาพทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การอยู่อาศัยกับสามีหรือภรรยา การอยู่อาศัยกับ

หลาน และรายได้ต่อเดือน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยกับสามีหรือภรรยาจะประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หย่า หม้าย หรือแยกกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากคู่สมรสทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต 'ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว' ⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้หลานเป็นอีกบุคคลที่ได้สร้างความผูกพันกับผู้สูงอายุจากการเลี้ยงดูและดูแลได้อย่างเต็มที่โดยที่ไม่ต้องกังวลเรื่องงานการประกอบอาชีพเหมือนตอนเลี้ยงบุตร ผู้สูงอายุจึงมีเวลาเต็มที่ในการอยู่กับหลาน มองว่าหลานเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีชีวิตชีวาและมีความหมาย แม้ว่าผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้มีหลานสายตรงหรือได้ดูแลโดยตรง แต่หลานคือตัวแทนของบุตรที่มีทั้งความรัก ความผูกพัน ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงและฐานะการเงินดีจะประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและฐานะการเงินไม่ดี เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพหรือมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายทำให้มีความรู้สึกต่อสถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้เต็มที่ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของนางนุช แยมวงษ์ (2557) ⁽³⁾ ที่พบว่ารายได้และฐานะทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและฐานะการเงินไม่ดี และการศึกษาของธาริน สุขอนันต์และคณะ (2554) ⁽²⁾ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุมี

รายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน โดยอาจเป็นผู้ที่ได้รับเงินบำนาญ

สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากถึงร้อยละ 97 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ การได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่รัก การอยู่อาศัยกับหลาน และรายได้ ดังนั้นเพื่อพัฒนาและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทยดั้งเดิม รวมทั้งสร้างค่านิยมในการให้ความเคารพและกตัญญูแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรมีการดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีอาชีพหรืออาชีพเสริมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนแม่บทการพัฒนาภาคชุมชนในประเทศไทย (2558-2560). <http://www.chatipan.dsdw.go.th/pdf/F001.pdf> สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2559.
- ธาริน สุขอนันต์ และคณะ. "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี". วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 41(3): 240-249, 2554.
- นางนุช แยมวงษ์. "คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ". Journal of Medicine and Health Sciences. 21(1): 37-44, 2557.
- นิรันดร์ นิดิสุข. "ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองห้าง ตำบลหนองห้าง อำเภอภูพานิราชมัย จังหวัดกาฬสินธุ์". วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 9(2): 38-45, 2559.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

5. พยาม การดี และคณะ. “การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 24(1): 40-51, 2559.
6. พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ. “ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท”. **Rama Nurse Journal**. 15(3): 432-48, 2552.
7. พุทธเมษา หมั่นคำแสน. **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่, 2556.
8. วิพรรณ ประจวบเหมาะและคณะ. **การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550**. พิมพ์ครั้งที่ 1 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย กรุงเทพฯ, 2553.
9. สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. **เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก**. มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก, 2555.
10. อุมามพร เคนศิลาและคณะ. “การดูแลผู้สูงอายุของชาวเขาเผ่าปกากะญอ: กรณีศึกษายานแม่หลู ตำบลก่องแขก อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่”. **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**. 18(3): 240-246, 2558.
11. Bakar, N., & Asilar, R. H. “Factors Affecting Depression and Quality of Life in the Elderly”. **Journal of Gerontology and Geriatric Research**. 4(259): 2015.
12. Lwanga S. K. and Lemeshow S. **Sample size determination health studies**. <http://www.who.int/iris/handle/10665/40062> Retrieved April 2, 2016.
13. Sudnongbua, S. **Feelings of abandonment among elderly people in rural Northeast Thailand**. Unpublished doctoral Dissertation Massey University Palmerston North New Zealand, 2011.
14. Yamwong, N. “Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess MahaChakriSirindhorn Medical Center”. **Journal of Medicine and Health Sciences**. 21(1): 37-44, 2014.

ปัจจัยการเกิดวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์

Factor of resistant tuberculosis among patients with tuberculosis in Kalasin province

1

Wanich Rungram Lertchai Charentanyarak

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ case control study เพื่อศึกษาปัจจัยการเกิดวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แบบสอบถามผ่านการสัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากทะเบียนประวัติ แบบ TB01 TB03 ซึ่งกลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 24 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคไม่ดื้อยา 96 คน โดยมีการจับคู่กับ เพศ และ อายุ แบบ 1 : 4 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-square test และวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) แล้วนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95%CI)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (case) 22 คน (เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา 2 ราย ถูกคัดออกตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว) และกลุ่มควบคุม (control) 88 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ พบว่ามี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความไม่สม่ำเสมอของการกินยา ($OR_{adj} = 5.11$, 95%CI=1.39-18.71) และ ความไม่สะดวกในการมารับบริการ ($OR_{adj} = 4.69$, 95%CI=1.57-13.96)

คำสำคัญ: วัณโรคดื้อยา ปัจจัยวัณโรคดื้อยา

Abstract

This case control study aimed to study factor of tuberculosis resistance in tuberculosis patients located in Kalasin Province using by a questionnaire through interviewing process and gather information from the records TB01 TB03. The case group was 24 MDRTB patients in Kalasin province compared to control group (96 TB patients) by matching of 1: 4 with sex and age variables. The population information was analyzed by descriptive statistics. The variables relationships was determined by chi-square test and multiple logistic regression. The correlation size was presented by adjusted odds ratio (OR_{adj}) with confidence intervals of 95% (95% CI)

Result was showed 110 samples, divided into 22 cases group (2 out of 24 MDRTB patients were died) and 88 control group. Twofactors statistically significant ($p < 0.05$) associated with MDRTB were ‘not to take medicine regularly’ ($OR = 5.11$, 95%CI=1.39-18.71), and ‘not go to the hospital regularly’ ($OR_{adj} = 4.69$, 95%CI=1.57-13.96).

Keywords: multidrug drug resistant tuberculosis, factor of resistant tuberculosis

¹ ปรด.วิทยาศาสตร์สุขภาพสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลกได้จัดลำดับประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก จำนวน 22 ประเทศ ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 17 สาเหตุที่ทำให้วัณโรคเป็นปัญหาทางสาธารณสุขเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และการดื้อต่อยารักษาวัณโรคของผู้ป่วย⁽¹⁾

ในประเทศไทย วัณโรคคือยาเป็นปัญหาที่พบมาเป็นระยะเวลานาน ในปี พ.ศ. 2528 เริ่มมีการใช้สูตรยาระยะสั้น 6 เดือน เพื่อรักษาผู้ป่วยวัณโรคในแผนกวัณโรคแห่งชาติ ในขณะที่วัณโรคคือยาที่พบยังไม่อยู่ในระดับที่รุนแรง คือ มีเพียงการดื้อต่อยา Isoniazid (H) และ Streptomycin (S) เท่านั้น ผู้ป่วยที่ดื้อต่อยาทั้งสองขนานสามารถรักษาให้หายจากวัณโรค ด้วยสูตรยาที่มี Rifampicin (R) ได้ หลังการนำยาระยะสั้นมาใช้ พบว่ามีรายงานวัณโรคคือยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis: MDR-TB) เกิดขึ้น และจากปัญหาดังกล่าวจึงมีการนำสูตรยาแนวที่สองมาใช้มากขึ้น ซึ่งมีความซับซ้อนในการรักษามากกว่าการรักษาด้วยสูตรยาระยะสั้นมาก ซึ่งการใช้สูตรยาแนวที่สองโดยไม่มีการกำกับติดตามที่เหมาะสม ทำให้ปัญหาวัณโรคคือยาควบคุมได้ยากมากขึ้น⁽²⁾ ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการควบคุมวัณโรคในหลายประเทศ การควบคุมวัณโรคทำได้ยากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยให้หาย ซึ่งต้องลงทุนสูง ทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาต่างๆ การบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป และเฉพาะยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน 1 ราย สามารถรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปได้ถึง 25 – 30 ราย

ในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน ประมาณ 1760 ราย (ผู้ป่วยรายใหม่ 800 ราย และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาแล้ว 960 ราย) ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาจังหวัดกาฬสินธุ์ ในระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณ

โรค (TB Thailand) ในปี พ.ศ. 2554 - 2558 จำนวน 1,256, 1,261, 1,316, 1,240 และ 1,176 คน เป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน จำนวน 21 คน และซึ่งในปี พ.ศ. 2559 ตรวจพบเชื้อวัณโรคคือยาชนิดรุนแรง (Extensive drug-resistance : XDR-TB) จำนวน 2 คน ซึ่งได้รับการยืนยันโดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น เพื่อเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาของเชื้อก่อน หากผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาและได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ทำให้มีโอกาสรักษาหาย ลดการเสียชีวิตและมีคุณภาพชีวิตกับผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดการรักษาเอง ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงเป็นการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนหายขาด และลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จึงได้ทำการศึกษาเพื่อระบุปัจจัยที่ก่อให้เกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษา จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและป้องกันการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ case control study ซึ่งกลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยวัณโรคคือยาทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 24 ราย ซึ่งมีการ Match เพศ และ อายุ แบบ 1 : 4 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน หรือวัณโรคคือยาชนิดรุนแรง ซึ่งได้รับการยืนยันโดยการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยสำนักงาน

ป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 24 คน

กลุ่มควบคุม (Control) คือ ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคยืนยัน (Definite case) หรือ ผู้ป่วยที่แพทย์ หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์อื่น ๆ วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค แต่ไม่ป่วยเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน และ/หรือวัณโรคคือยาชนิดรุนแรง และตัดสินใจให้การรักษาวัณโรคเต็มระยะสูตรยา จำนวน 96 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ ตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ซึ่งแบบคัดลอกข้อมูล มีส่วนประกอบ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยการเกิดวัณโรคคือยา จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 3 ข้อมูลข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานหรือวัณโรคคือยาชนิดรุนแรงเป็นผู้สัมภาษณ์ และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจากทะเบียนประวัติแบบ TB01 TB03 โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยขอนแก่น เนื่องจากผู้วิจัยทำการรวบรวมและตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยวัณโรค และวัณโรคคือยาที่ขึ้นทะเบียนรักษาจังหวัดกาฬสินธุ์ ในช่วงเวลาที่ศึกษาทั้งหมด (1 มกราคม พ.ศ. 2552 – 30 กันยายน พ.ศ. 2559) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอในภาพรวมของสรุปผลการวิจัย ที่อยู่บนพื้นฐานของความถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ หรือข้อมูลเฉพาะส่วนบุคคลให้ผู้อื่นทราบรายละเอียดได้เป็นอันขาด

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

กาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขออนุมัติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคลินิกวัณโรค

3. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ระดับจังหวัด และระดับอำเภอเกี่ยวกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งให้ผู้วิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลไม่มีการเปิดเผย นอกจากใช้ในการวิจัยเท่านั้น เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย ในการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30 นาที สำหรับผู้ป่วย 1 ราย ในการให้ข้อมูล ซึ่งบางข้อคำถามเจ้าหน้าที่ผู้สัมภาษณ์ต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งกับข้อมูลในคลินิกวัณโรค เช่น ผลการทดสอบความไวต่อยาที่ใช้ในการรักษา สภาพร่างกายเมื่อเริ่มรักษา เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดการจดจำข้อมูลที่คลาดเคลื่อน

5. เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากทะเบียนผู้ป่วยนอก ทะเบียนประวัติ TB01, TB03, TB04 MDR-TB 01 และ MDR-TB 03

6. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

7. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์

8. บันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ลักษณะการกระจายของกลุ่มประชากรที่ศึกษา การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ละคู่ ด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-square test และวิเคราะห์หาขนาดความสัมพันธ์ด้วย Odds ratio และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence interval of odds ratio) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariate Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแบบหลายตัวแปรกับ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) แล้วนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (case) 22 คน (เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคคือยา จำนวน 2 ราย ถูกคัดออก ตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว จึงเหลือกลุ่มศึกษา (case) เพียง 22 คน) และกลุ่มควบคุม (control) 88 คน ทั้งสองกลุ่มศึกษาพบว่า มีเพศชายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มศึกษาอายุเฉลี่ย 50.50 ปี (S.D. 11.35) ปี กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.53 ปี (S.D. 11.05) ปี กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมอยู่ในสถานภาพคู่ ร้อยละ 54.55 และ 69.32 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 72.73 และ 63.64 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 40.91 และ 56.82 ตามลำดับ

1.2 ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ (New) ร้อยละ 54.55 และ 94.32 ตามลำดับ รองลง คือ กลับเป็นซ้ำ (Relapse) คิดเป็นร้อยละ 13.64 และ 2.27 ตามลำดับ ในกลุ่มศึกษามีการรักษาแบบมีที่เลี้ยง (Directly observed treatment, DOT) ครบทุกคน ส่วนในกลุ่มควบคุมมีการรักษาแบบมีที่เลี้ยง ร้อยละ 93.18 โดยพบว่าในกลุ่มศึกษามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นที่เลี้ยงมากที่สุด ร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/ เจ้าหน้าที่ รพ. สต. คิดเป็นร้อยละ 40.91 แต่ในกลุ่มควบคุม พบว่ามีสมาชิกในครอบครัวเป็นที่เลี้ยงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.77 รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 35.23 ทั้งสองกลุ่มเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้วมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.55 และ 56.82 ตามลำดับ ส่วนประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 59.09 แต่ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังคงดื่มอยู่

และส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.27 และ 76.14 ตามลำดับ

1.3 ด้านการได้รับเชื้อก่อโรค จากการศึกษาประวัติการมีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว พบว่า กลุ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานและ/ หรือคือยาชนิดรุนแรงและผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป โดยส่วนใหญ่พบว่า ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68.18 และ ร้อยละ 75.00 ตามลำดับ และโดยส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มศึกษา ไม่มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคคือยา คิดเป็นร้อยละ 81.82 และ ร้อยละ 89.77 ตามลำดับ การศึกษาพฤติกรรมกรกินยาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานและ/ หรือคือยาชนิดรุนแรง กินยาทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 63.64 แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่รับประทานยาสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 94.32

1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานและ/ หรือคือยาชนิดรุนแรงมีความสะดวกในการมารับบริการร้อยละ 50 และอีกร้อยละ 50 ไม่สะดวกในการมารับบริการ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยสะดวกในการมารับบริการร้อยละ 87.5 แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงภายในบ้านเรื่องของภายในบ้านมีการระบายอากาศดี ไม่อับชื้น พบว่าโดยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมภายในบ้านมีการระบายอากาศดี ไม่อับชื้น เป็นร้อยละ 81.82 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานและ/ หรือคือยาชนิดรุนแรง และร้อยละ 87.5 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาแสงสว่างจากธรรมชาติส่องถึงภายในบ้านพบว่าโดยส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มมีที่อยู่อาศัยที่มีแสงสว่างจากธรรมชาติส่องถึงภายในบ้านได้ คิดเป็นร้อยละ 81.82 ในทั้งสองกลุ่ม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) แล้วนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95% โดยเริ่มด้วยการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระทีละตัวแปร ผลที่ได้คือ ค่า Crude odds ratio และค่า P-value ซึ่งนำมาใช้ในการคัดกรองตัวแปรอิสระไว้ในโมเดลเริ่มต้น โดยจะคงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่มีค่า p-value <0.25 ไว้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรักษาซ้ำภายหลังขาดยา (After loss to follow-up) (OR=8.19, 95%CI: 1.04-17.14) ความไม่สม่ำเสมอของการกินยา (OR=7.05, 95%CI: 2.07-23.98) และ ความไม่สะดวกในการมารับบริการ (OR=5.80, 95%CI: 2.08-16.13) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ ที่ 0.05 กำหนดโมเดลเริ่มต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก โมเดลเริ่มต้น การเลือกตัวแปรจากการวิเคราะห์อย่างหยาบ Chi-square Test ให้ค่า P-value<0.25 เข้าสู่โมเดลขั้นต้นของการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และพิจารณาตามเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมด้วย จะได้ตัวแปรที่จะนำเข้าสู่โมเดลเริ่มต้น 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล 1 ตัวแปร ได้แก่ รักษาซ้ำภายหลังขาดยา (After loss to follow-up) 2) ปัจจัยด้านการได้รับเชื้อก่อโรค 1 ตัวแปร ได้แก่ ความไม่สม่ำเสมอของการกินยา 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 1 ตัวแปร ได้แก่ ความไม่สะดวกในการมารับบริการ

ตาราง 1 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติก ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง		OR	95% CI	p-value
	MDR-TB case จำนวน (ร้อยละ)	Controls จำนวน (ร้อยละ)			
รักษาซ้ำภายหลังขาดยา (After loss to follow-up)	4 (18.18)	3 (3.41)	4.01	(0.35-45.14)	0.261
ความไม่สม่ำเสมอของการกินยา	8 (36.36)	5 (5.68)	2.59	(0.45-14.59)	0.281
ความไม่สะดวกในการมารับบริการ	11 (50.00)	11 (12.5)	5.45	(1.62-18.31)	0.006

จากตาราง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีอยู่ 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการได้รับเชื้อก่อโรค ได้แก่ ความไม่สม่ำเสมอของการกินยาจะมีโอกาสเกิดวัณโรคคือยาเป็น

5.11 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่กินยาสม่ำเสมอ (95%CI= 1.39-18.71)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความไม่สะดวกในการมารับบริการจะมีโอกาสเกิดวัณโรคคือยาเป็น 4.69 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีความสะดวกในการมารับบริการ (95%CI=1.57-13.96) ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติก ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา		ORadj	95% CI	p-value
	MDR-TB case จำนวน (ร้อยละ)	Controls จำนวน (ร้อยละ)			
ความไม่สม่ำเสมอของการกินยา	8 (36.36)	5 (5.68)	5.11	(1.39-18.71)	0.014
ความไม่สะดวกในการมารับ	11 (50.00)	11 (12.5)	4.69	(1.57-13.96)	0.005

สรุปและอภิปรายผล

1 ปัจจัยการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) สามารถอภิปรายผลการวิจัยในส่วนของผลการศึกษา “ปัจจัยการเกิดวัณโรคคือยาในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์” ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความไม่สม่ำเสมอของการกินยาจะมีโอกาสเกิดวัณโรคคือยาเป็น 5.11 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่กินยาสม่ำเสมอ (95%CI=1.39-18.71) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกเป็นเสมหะลบ เมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะบวกรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการรับประทานยาครบตามชนิดและขนาดของยา ผลการตรวจเสมหะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกเป็นเสมหะลบ เมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับประทานยาครบตามชนิดและขนาดของยา จะมีโอกาสที่ผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนจากบวกเป็นลบเป็น 2.03 เท่าของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับประทานยาไม่ครบตามชนิดและขนาดของยา (95% CI = 1.04 – 3.96)⁽³⁾ และการศึกษาสาเหตุการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคเชื้อคือยาในสมาชิกสามรุ่นคนในครัวเรือนของภาคอีสานตอนล่าง พบว่า สาเหตุสำคัญของการขาดยาและหรือการรักษาล้มเหลวของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อคือยา และการแพร่ระบาดวัณโรคเชื้อคือยาถึงสามรุ่นคนในครัวเรือนกรณีศึกษา คือ ปัญหาเศรษฐกิจรอบครัวและปัญหาสุขภาพจิต แม้ว่าระบบการให้บริการรักษาวัณโรคเชื้อคือยาจะเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลของผู้ป่วยวัณโรค สิ่งที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่สนใจและให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ยอมรับการรักษาต่อเนื่อง ไม่รับประทานยาต่อเนื่องขาดยามากกว่าสองเดือนติดต่อกันและรับประทานยาไม่ครบตามแผนการรักษาจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดเชื้อคือยามากกว่าสองตัวแม้ว่าระบบการให้บริการรักษาวัณโรคเชื้อคือยา

ของโรงพยาบาล และคลินิกเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาของกรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พื้นที่บริการสุขภาพที่ 6 รวม 8 แห่งระหว่างปีงบประมาณ 2550 - 2552 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 – 30 กันยายน พ.ศ. 2552) จำนวน 153 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (MDR-TB : relapse) มีอัตราความสำเร็จในการรักษาหายมากกว่า กลุ่มผู้ป่วยMDR TB ที่มีประวัติการรักษาเดิมล้มเหลว (treatment after failure) และขาดยาติดต่อกันมากกว่า 2 เดือน (treatment after default) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มารับขานัดจำนวน 83 ราย จากผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ 153 ราย (ร้อยละ 54.3) พบว่าความสม่ำเสมอของการมาตามนัดมีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสำเร็จ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ปัญหาการไม่มารับขานัดและขาดยาแนวทางแก้ไขปัญหาคือ การสร้างความประทับใจในการจัดบริการ การลดเวลารอคอย จึงจำเป็นต้องอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยรวมทั้งการแก้ไขปัญหาเฉพาะรายอย่างทันที่⁽⁵⁾ การศึกษาสถานการณ์วัณโรคคือยาหลายขนาน จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2554 - เมษายน 2557 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานในจังหวัดตาก ทั้งคนไทยและต่างชาติ ส่วนใหญ่จะมีผลการรักษาครั้งแรกล้มเหลว และมีประวัติเคยรับการรักษาวัณโรคมาก่อน ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับขานัดวันโรคอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยหยุดยาเองเมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น และอาจเกิดจากสูตรยาที่ใช้รักษาไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ⁽⁶⁾ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า การมีส่วนร่วมของญาติ หรือพี่เลี้ยงในการรับประทานยา การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาวัณโรคจากเจ้าหน้าที่ และการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยส่งต่อการรักษาหายขาดของผู้ป่วยวัณโรค⁽⁷⁾

1.2 ความไม่สะดวกในการมารับบริการ จะมีโอกาสเกิดวัณโรคคือยาเป็น 4.69 เท่า ของผู้ป่วยวัณโรคที่มี

ความสะดวกในการมารับบริการ (95%CI=1.57-13.96) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกรเป็นเสมหะลบ เมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะบวกรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางมารับการรักษา โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางมารับการรักษาตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไป จะมีโอกาสที่ผลการตรวจเสมหะเปลี่ยนจากเสมหะบวกรเป็นเสมหะลบ เมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาเป็น 1.46 เท่าของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางมารับการรักษา น้อยกว่า 30 นาที (95% CI=1.04-2.05)⁽³⁾ และการศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยพบว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีระยะทางในการมารับบริการสุขภาพมากกว่า 20 กิโลเมตรขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค ปอดเป็น 2.32 เท่า ของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีระยะทางในการมารับบริการสุขภาพน้อยกว่า 10 กิโลเมตร (OR = 2.32; 95%CI=1.25,4.68)⁽⁸⁾ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ความสะดวกในการเดินทางมา รักษาและความสามารถในการรับภาระค่าใช้จ่าย ปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด การให้บริการผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีที่เสียบอย่างมีคุณภาพ สามารถลดอัตราขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด⁽⁹⁾

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

1. จัดหลักสูตรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาให้กับผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย หรือผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่การ จัดเตรียมยา การให้ผู้ป่วยรับประทานยาและกลืนยาต่อหน้า การตรวจสอบชอยยา การสอบถามอาการข้างเคียง และการ

ป้องกันการรับเชื้อจากผู้ป่วยวัณโรค และควรจัดให้มีที่เสียบ ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม) ติดตามเยี่ยมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. จัดทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ เช่น อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล บ้านอยู่ไกล โรงพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยบางกลุ่มมีรายได้น้อยและไม่มียานพาหนะจึงจะเลยและไม่ให้ความสำคัญในการเดินทางมา รักษา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคและติดตามพฤติกรรมการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค โดยทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort study) เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุกินยาไม่สม่ำเสมอของผู้ป่วย

2. ควรพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อลดอุปสรรคเรื่องความไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย โดยทำการเปรียบเทียบพฤติกรรม การกินยาของผู้ป่วย ก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพ. พิระ อารีรัตน์ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ นพ. พรพัฒน์ ภูนาถม กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย วัณโรคและวัณโรคคือยาและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้ งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2551.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

2. สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค. ระบบบันทึกข้อมูลวัณโรครอบ 3 เดือน (Thailand web – based data for TB report). ค้นเมื่อ 25 เมษายน 2559, จาก <http://www.tbthailand.org/data/>.
3. พุทธิไกร ประมวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกเป็นเสมหะลบ เมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.
4. ศุภศรีย สง่างงศ์, อรทัย ศรีทองธรรม, อุบลศรี ทานุดดา. สาเหตุการรักษาล้มเหลวในผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาในสมาชิกสามรุ่นคนในครัวเรือนของภาคอีสานตอนล่าง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 712 (4), 2557. 1-18.
5. มาลี เกิดพันธุ์, ปิ่นกมล สมพิร์วงศ์. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานที่ขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พื้นที่บริการสุขภาพที่ 6. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 34 (3), 2556. 95-102.
6. ขงยุทธ เม้ากำเนิด, สมศรี คำภีระ, สุพร กาวินา, กิตติภักดิ์ เอี่ยมรอด, วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์. สถานการณ์วัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนาน จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2554 – เมษายน 2557. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต, 35 (1), 2558. 8-16.
7. พัฒนพงษ์ วงศ์กาฬสินธุ์. ปัจจัยต่อผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1 (3-4), 2550. 439-446.
8. ปิยวรรณ สิงห์คำป้อม. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 4 (1), 2554. 73-88.
9. เจนจิรา บุราคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ โรงพยาบาล
หนองคาย จังหวัดหนองคาย

Factors Associated with Mortality among Smear-Positive Tuberculosis Patients

In Nongkhai Hospital at Nongkhai Province

ศิริธร ณ หนองคาย¹, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ²

Sirinthon Nanongkhai¹, Pornnapa Suggaravetsiri²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 31 กันยายน 2558 โดยมีวิธีการศึกษาแบบ Unmatched case-control โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษา (Case) คือผู้ป่วยวัณโรคที่เสมหะบวกเสียชีวิตระหว่างการรักษาและได้รับการประเมินผลการรักษาเป็นตาย (Died) และกลุ่มควบคุม (Control) คือผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่มีชีวิตอยู่ตลอดการรักษาและได้รับการประเมินผลการรักษาเป็นรักษาหาย (Cured) หรือรักษาครบ (Completed) รวบรวมข้อมูลจากบันทึกการรักษาของโรงพยาบาล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร โดยใช้ Simple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุโดยใช้ Multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัยพบว่า เพศชายมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 5.72 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิงเป็น 5.72 เท่า (OR_{adj}=5.72; 95%CI=1.40-23.26) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำหรือรักษาซ้ำมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 17.06 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายใหม่ (OR_{adj}=17.06; 95%CI=2.23-113.42) ผู้ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อสม./ ผู้นำชุมชนกำกับการกินยามีโอกาสเสียชีวิตเป็น 5.05 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ญาติ/บุคคลในครอบครัว/ไม่มีผู้กำกับการกินยา (OR_{adj}=5.05; 95%CI=1.47- 17.28) ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะพบเชื้อ/ไม่มีผลตรวจมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 15.63 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีผลเสมหะไม่พบเชื้อ (OR_{adj}=15.63 ; 95%CI=4.94-49.45) ผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างการรักษาวัณโรคมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 43.83 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (OR_{adj}=43.83; 95%CI=11.98-160.29) ผู้ที่มีอาการข้างเคียงจากยาวัณโรคมีโอกาสเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ (OR_{adj}=0.217; 95%CI=0.06-0.67)

Keyword: การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก, ปัจจัยการเสียชีวิต, วัณโรค

ABSTRACT

The objective of this study was identified factor associated with mortality among smear-positive tuberculosis (TB) patients in Nongkhai province between October 2012 to September 2015. Unmatched case-control was the design of this study. Cases were 54 patients and died during tuberculosis treatment and controls were 162 patients and cured or completed treatment. Data collected form hospital treatment record and TB registry. A univariate analysis using the simple logistic regression was performed to identify the factors associated with mortality among smear-positive TB patients. A multiple logistic regression analysis was then performed to compute adjusted odds ratios (OR_{adj}) with 95% confidence intervals.

The results of the research revealed the significantly associated factors with mortality among smear-positive tuberculosis patients those male (OR_{adj} = 5.72; 95%CI=1.40, 23.26) TB patients were relapse or treatment after default (OR_{adj} =17.06;95%CI= 2.23, 113.42) direction observed therapy by public health personal or public health volunteers (OR_{adj} =5.05; 95%CI=1.47, 17.28) After the intensive treatment, the result of phlegm analysis was positive or unable to evaluate (OR_{adj} =15.63 ; 95%CI =44.94, 49.45) tuberculosis patients were ever been admitted in hospital (OR_{adj} =43.83; 95%CI=11.98, 160.29) .The side effect symptoms of anti-tuberculosis drug which significantly associated with the TB mortality (OR_{adj} =0.217; 95%CI=0.06, 0.67)

Keywords: Mortality Tuberculosis, Factors associated, Tuberculosis

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2554 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อวัณโรค โดยประมาณมากกว่าร้อยละ 30.0 หรือ ประมาณ 2,000 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 8.6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตมากถึง 1.3 ล้านคน ในปี 2557 มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 10.4 ล้านคน และเสียชีวิต 1.8 ล้านคน ประเทศที่พบมากที่สุดคือประเทศ อินเดียระหว่างปี 2543-2558 หรือ 15 ปี มีผู้ป่วยวัณโรคผู้เสียชีวิต จำนวน 49 ล้านคน ปี พ.ศ. 2554-2556 ประเทศไทยมีอัตราป่วยตายร้อยละ 7.0 หรือ ประมาณ 2,000 คน และจังหวัดหนองคาย พบอัตราป่วยตาย ร้อยละ 11.9, 8.0 และ 11.0 ตามลำดับ และยังมีอัตราป่วยตายสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัดในพื้นที่ใกล้เคียงกัน⁽¹⁾ โรงพยาบาลหนองคาย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ปี 2556-2558 จำนวน 221, 213 และ 236 ราย ตามลำดับ และอัตราตาย ร้อยละ 16.7, 15.2, และ 12.6 ตามลำดับซึ่งผู้ป่วยวัณโรคมกกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในจังหวัดหนองคาย ทั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคเสมอพบกว่าจำนวน 333 คน ส่วนสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคนั้นมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลายปัจจัย เช่น เพศ จากการศึกษาของ โกสินทร์ หลวงละ (2552)⁽²⁾ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคเป็นเพศชายร้อยละ 72 นกคด วรรณเจริญ และ พรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2550)⁽³⁾ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 2.46, Low S et al. (2009)⁽⁴⁾ พบว่าอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.6 และเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค, Yen Y F et al.(2013)⁽⁵⁾ พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรค ปัจจัยอายุ มีการศึกษาพบว่า อายุความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ การศึกษาของโกสินทร์ หลวงละ (2552)⁽²⁾ พบว่าเมื่อเริ่มรักษา 55 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยของผู้ป่วย (OR=1.90; 95%CI=21.30, 2.70), Wu Y C et al. (2014)⁽⁶⁾ ศึกษาในไต้หวัน พบว่า อายุ 75 ปีขึ้นไป ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย (OR=1.70), Chiang C Y et al. (2009)⁽⁷⁾ ศึกษาในไทเป พบว่า อายุเป็น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วย (adjHR =1.06. 95%CI=1.05, 1.08), Mathew T A et al. (2006)⁽⁸⁾ ศึกษาในรัสเซีย พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต, กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอดและคณะ (2556)⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอายุ 15-44 ปี 2.33 เท่า (OR =2.33; 95%CI=1.01, 5.64), สำราญ ธรรมสาร, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2550)⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ อายุ 29-39 ปี , Low S et al. (2009)⁽⁴⁾ ทำการศึกษาในสิงคโปร์ พบว่า อายุที่มากกว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค, Yen Y F et al. (2013)⁽⁵⁾ ศึกษาในไต้หวัน พบว่าอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงของการเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรค การกำกับการกินยา จากการศึกษาของ กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอดและคณะ(2556)⁽⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ญาติกำกับการกินยาเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่กำกับการกินยา 2.94 เท่า (OR=2.94; 95%CI=1.07, 8.05) ผลเสมอหลังจากสิ้นสุดระยะเข้มข้น จากการศึกษาของโกสินทร์ หลวงละ (2552)⁽²⁾ พบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลเสมอเมื่อสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้นเป็นบวกหรือประเมินไม่ได้ 7.0 เท่า (OR=7.0; 95%CI=4.8, 10.0) และวิวรรณ์ มุ่งเขตกลางและคณะ (2559)⁽¹¹⁾ พบว่าผู้ป่วยมีเสมอเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นบวก/ไม่มีผลเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมีเสมอเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นลบเป็น 20.74 เท่า (OR_{adj}=20.74; 95%CI=8.21, 52.36) การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของนกคด วรรณเจริญ และพรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2550)⁽³⁾ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็น 11.01 เท่า (OR=11.01; 95%CI=2.08, 58.09) อาการข้างเคียงจากวัณโรค พบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงจากการรักษา ดังนี้ อาการปวดข้อปวดกระดูก (OR=11.37; 95%CI=1.95, 66.19) อาการทางผิวหนัง ผื่น คัน (OR=6.41; 95%CI=1.35, 30.48) จากผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดหนองคาย ได้แก่ เพศชายอายุ 65 ปีขึ้นไปวัณโรคปอดเสมอพบกว่ารายใหม่และการมีโรคร่วม แต่เนื่องจากยังไม่มีการวิจัยที่บ่งชี้ชัดเจน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

วิธีการการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Unmatched case-control อัตราส่วน 1:3

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกวัณโรคที่โรงพยาบาลหนองคายจังหวัดหนองคายใน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 กันยายน 2558

เกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2558 และมีผลเสมหะก่อนรักษาเป็นบวกหรือพบเชื้อ

เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการประเมินผลการรักษาเป็น โอนออก ขาดยา ล้มเหลว หรืออื่นๆ ผู้ป่วยวัณโรคคือยา MDR-TB และ XDR-TB ผู้ป่วยวัณโรคที่นับรันทักข้อมูลผู้ป่วยสูญหาย หาไม่พบ ไม่สามารถค้นหาข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่เสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2556-2558 แล้วเสียชีวิตระหว่างการรักษาและได้รับการประเมินผลการรักษาเป็น ตาย (Died)

กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลหนองคาย ปีงบประมาณ 2556-2558 และมีชีวิตอยู่ตลอดการรักษาได้รับการประเมินผลการรักษาเป็น รักษาหาย (Cured) หรือรักษาครบ (Completed) การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ Unmatched case-control study ของ James J Schlesselman (1982)⁽¹²⁾

สูตร

$$n = \frac{[Z_{\alpha} \sqrt{(1+1/c)p^*q^*} + Z_{\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_0q_0/c}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

จากการแทนค่าตามสูตร ผู้ศึกษาแทนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรการผลเสมหะเป็นบวกหรือประเมินไม่ได้ เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของการรักษาวัณโรคกับตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่ศึกษาทั้งหมดด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยตนเองที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปและความเป็นไปได้ของการทำวิจัยให้ประสบความสำเร็จ จึงเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับเท่ากับ 0.7 ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษา จำนวนไม่น้อยกว่า 46 คน กำหนดกลุ่มศึกษาต่อกลุ่มควบคุม 1:3 จึงได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มควบคุม จำนวน 138 คน รวมขนาดตัวอย่างทั้งหมด 184 คน ทั้งนี้ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษาในผู้กลุ่มศึกษาทั้งหมด 54 คน และกลุ่มควบคุม 162 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง กลุ่มศึกษา (Case) ใช้ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2556-2558 ที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย และเสียชีวิตจำนวน 54 ราย กลุ่มควบคุม (Control) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ในปีงบประมาณ 2556-2558 ที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย และมีชีวิตอยู่ตลอดการรักษาได้รับการประเมินผลการรักษาเป็น รักษาหาย (Cured) หรือรักษาครบ (Completed) จำนวน 162 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบคัดลอกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและแก้ไขปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาและตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้าน ข้อมูลด้านสุขภาพผู้ป่วย และข้อมูล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ด้านการเจ็บป่วยด้วยวัณโรคตรวจ สอบคุณภาพเครื่องมือ โดยความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบ บันทึกรายข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญด้านการดำเนินงาน ควบคุมวัณโรค เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมในการใช้ภาษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตทำการศึกษาถึง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหนองคาย ประสานงาน ผู้รับผิดชอบงานคลินิกวัณโรค พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนวทางในการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลจากทะเบียน ผู้ป่วยวัณโรคตามแบบบันทึกข้อมูล จากบัตรบันทึก ผู้รับบริการ โรงพยาบาล (OPD card) บัตรบันทึกผู้ป่วยใน (Admission chart) บัตรประวัติการรักษาวัณโรค (TB 01) ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB03) บันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และโปรแกรม TBCM2010

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีข้อมูลต่อเนื่องที่แจกแจง ไม่ปกติ ใช้ค่ามัธยฐานร่วมกับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ละตัวแปร โดยใช้ Simple logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Odds ratio หรือ OR และช่วงความเชื่อมั่น 95% วิเคราะห์ ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุโดยใช้ Multiple logistic regression ด้วยวิธีขจัดออกทีละตัวแปร โดยนำตัวแปรที่มี ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.25 เข้าในตัวแบบ

และขจัดตัวแปรที่มีค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติสูงสุดและ มากกว่า 0.05 ออกจากตัวแบบนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ ด้วย Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและด้านสังคม ของกลุ่ม ศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศชาย โดยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศ ชายร้อยละ 85.19 และร้อยละ 67.90 ตามลำดับ กลุ่มศึกษา ส่วนใหญ่อายุ 30-59 ปีร้อยละ 53.70 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วน ใหญ่ อายุ 30-59 ปีร้อยละ 65.43 สถานภาพสมรสของกลุ่ม ศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 57.41 และร้อยละ 57.41 ตามลำดับกลุ่มศึกษาและกลุ่ม ควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 42.59 และร้อยละ 63.89 ตามลำดับ สิทธิการรักษาพยาบาลกลุ่มศึกษาและ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรทองร้อยละ 87.14 และ ร้อยละ 80.86 ตามลำดับ ที่อยู่ของกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลร้อยละ 62.96 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลตำบลร้อยละ 50.00 ระยะทางจากบ้านถึง โรงพยาบาลกลุ่มศึกษาและกลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่ระยะทางไม่เกิน 30 กิโลเมตรร้อยละ 58.59 และ 84.75 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เสียชีวิตโดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่นๆ

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคมในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=54)	กลุ่มควบคุม (n=162)	OR	95% CI	p-value
เพศ					
ชาย	46	110	2.71	1.19-6.17	0.010*
หญิง	8	52	1.00		
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 60 ปี	25	119	1.00		
60 ปี ขึ้นไป	29	43	3.21	1.96-6.07	<0.001*

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคมในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่นๆ
โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=54)	กลุ่มควบคุม (n=162)	OR	95% CI	p-value
ที่อยู่					
เขตเทศบาลเมือง	15	35	1.00		
เขตเทศบาลตำบล	34	81	0.97	0.47-2.02	0.955
องค์การบริหารส่วนตำบล	5	46	0.25	0.08-0.76	0.015*
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล					
ไม่เกิน 30 กิโลเมตร	37	137	1.00		
มากกว่า 30 กิโลเมตร	17	25	2.51	1.23-5.14	0.013*
การมีบุคคลในครอบครัวเคยป่วยด้วยวัณโรค					
มี	5	25	1.00		
ไม่มี	49	137	1.78	0.68-4.93	0.238
การมีผู้กำกับการกินยา					
ญาติ/บุคคลในครอบครัว/ไม่มี	34	134	1.00		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม./หรือผู้นำชุมชน	20	27	2.91	1.46-5.82	0.002*
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)					
< 20	16	74	1.99	1.03-3.86	0.035*
≥ 20	38	88	1.00		
มีโรคประจำตัว/โรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค					
เป็น	30	68	1.72	0.92-3.1	0.083
ไม่เป็น	24	94	1.00		
สูบบุหรี่					
สูบ/เคยสูบ	27	69	1.34	0.72-2.49	0.343
ไม่เคยสูบ	27	93	1.00		
ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
ดื่ม /เคยดื่ม	19	62	0.94	0.50 -1.79	0.936
ไม่เคยดื่ม	35	100	1.00		
การเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
ได้รับ	46	154	1.00		
ไม่ได้รับ	8	8	0.29	0.10-0.83	0.024*
มีประวัติการแพ้ยา					
มี	3	4	2.33	0.50-10.72	0.294
ไม่มี	51	158	1.00		
ประเภทผู้ป่วย					
ใหม่ (New)	49	156	1.00		
กลับเป็นซ้ำ (Relapse) /รักษาซ้ำ (TAD)	5	6	2.65	0.77-9.07	0.130

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านลักษณะประชากรและสังคมในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยไม่คำนึงถึงตัวแปรอิสระอื่นๆ
โดยใช้สถิติ Simple logistic regression

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (n=54)	กลุ่มควบคุม (n=162)	OR	95% CI	p-value
ระยะเวลาที่เริ่มป่วยจนถึงรักษา (วัน)					
≤ 30	42	79	1.00		
>30	12	83	0.58	0.16-2.11	0.393
ผลเสมหะหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้น					
ไม่พบเชื้อ	12	122	1		
พบเชื้อ/ ไม่มีผลตรวจ	42	40	10.67	5.12-22.24	<0.001 *
ผลการถ่ายภาพรังสีปอดก่อน					
ปกติ	2	26	1.00		
ผิดปกติ	40	106	4.90	1.11-21.62	0.011*
ผลการตรวจ HIV					
ลบ	29	117	1		
บวก	4	14	1.15	0.35-3.76	0.762
สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับยา					
สูตร 2HRZE / 4HR	43	153	1.00		
อื่นๆ	11	8	4.48	1.85-12.92	0.001*
การเปลี่ยนแปลงสูตรยาระหว่างรักษา					
ไม่เคยเปลี่ยน	47	154	1.00		
เปลี่ยนสูตรยา	7	7	3.27	1.09-9.81	0.049*
เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างรักษา					
เคย	47	39	20.83	8.70-49.48	<0.001*
ไม่เคย	7	121	1.00		
อาการข้างเคียงจากการกินยาอย่างน้อย 1 อาการ					
มีอาการข้างเคียง	8	67	0.24	0.10-0.55	0.002*
ไม่มีอาการข้างเคียง	46	95	1.00		

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05

จากตาราง 1 พบว่า เพศชาย, อายุ 60 ปีขึ้นไป, อาศัยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล, ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลมากกว่า 30 กิโลเมตร, มีผู้กำกับการกินยาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม./ผู้นำชุมชน, ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 20 การได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ผลเสมหะหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้นพบเชื้อ/ไม่มีผลตรวจ, ผลการถ่ายภาพรังสีปอด, สูตรยาที่ใช้ในการรักษา, การเปลี่ยนแปลงสูตรยาระหว่างรักษา, การเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างรักษาวัดโรค, และการมี

อาการข้างเคียงจากการรักษาวัดโรคอย่างน้อย 1 อาการ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัดโรคเสมอมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยวัดโรค, การมีโรคประจำตัว/โรคร่วมอย่างน้อยหนึ่งโรค, การสูบบุหรี่, การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีประวัติแพ้ยา, ระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงรักษา และผลการตรวจ HIV มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกในโมเดล
สุดท้ายเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของ

ผู้ป่วย (Multivariate analysis) โดยการควบคุมตัวแปรเพศ
และอายุ

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
เสมอหะบาก โดยใช้สถิติ multiple logistic regressions (Backward elimination)

ปัจจัย	OR	OR _{adj}	(95% CI)	P-value
เพศ				
ชาย	2.71	5.72	1.40-23.26	0.015*
หญิง	1.00	1.00		
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 60 ปี	1.00	1.00		
60 ปี ขึ้นไป	3.21	2.24	0.78-6.41	0.132
การมีผู้กำกับการกินยา				
ญาติ/บุคคลในครอบครัว/ไม่มี	1.00	1.00		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม หรือผู้นำชุมชน	2.91	5.05	1.47-17.82	0.002*
ประเภทผู้ป่วย				
ใหม่ (New)	1.00	1.00		
กลับเป็นซ้ำ (Relapse)/ รักษาซ้ำ (TAD)	2.65	17.06	2.33-113.42	0.006*
ผลเสมหะหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้น				
ไม่พบเชื้อ	1.00	1.00		
พบเชื้อ/ ไม่มีผลตรวจ	10.67	15.63	4.94-49.45	<0.001*
เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในระหว่างรักษาวัณโรค				
เคย	20.83	43.83	11.98-60.29	<0.001*
ไม่เคย	1.00	1.00		
อาการข้างเคียงจากการกินยาอย่างน้อย 1 อาการ				
มีอาการข้างเคียง	0.24	0.21	0.06-0.67	<0.001*
ไม่มีอาการข้างเคียง	1.00	1.00		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่าเพศชาย มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 5.72 เท่าเมื่อเทียบกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj}=5.72; 95%CI=1.40, 23.26) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำหรือรักษาซ้ำมีโอกาเสียชีวิตเป็น 17.06 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj}=17.06; 95% =2.23, 113.42) ผู้ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.หรือผู้นำชุมชนกำกับการกินยามีโอกาเสียชีวิตเป็น 5.05 เท่าผู้ที่ญาติหรือบุคคลในครอบครัวหรือไม่มีผู้กำกับการกินยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj}=5.05; 95%CI=1.47,

17.28) ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะพบเชื้อหรือไม่มีผลตรวจมีโอกาเสียชีวิตเป็น 15.63 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีผลเสมหะพบเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj}=15.63; 95%CI=4.94, 49.45) ผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในระหว่างการรักษาวัณโรคมียุทธวิธีชีวิตเป็น 43.83 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยรับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj}=43.83; 95%CI=11.98,160.29) ผู้ที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคมียุทธวิธีชีวิต

น้อยกว่าผู้ที่ไม่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj} = 0.217$; 95%CI=0.06, 0.67) ดังแสดงในตาราง 3

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย ($OR_{adj} = 5.72$; 95%CI=1.40, 23.26) ผู้ป่วยรักษาซ้ำ/กลับเป็นซ้ำ ($OR_{adj} = 17.06$; 95%CI=2.23, 113.42) การมีผู้กำกับการกินยาเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้นำชุมชน ($OR_{adj} = 5.05$; 95%CI=1.47, 17.28) ผลเสมหะหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้นคือ ผลเสมหะหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นบวกหรือไม่ผลตรวจ ($OR_{adj} = 16.63$; 95%CI= 44.94, 49.45) การเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างรักษาวันคือโรค ผู้ป่วยวัณโรคที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างรักษาวันโรค ($OR_{adj} = 43.83$; 95%CI =11.98, 160.29) การมีอาการข้างเคียงจากการกินยาอย่างน้อย 1 อาการ คือ การมีอาการข้างเคียงจากการกินยาอย่างน้อย 1 อาการ ($OR_{adj} = 0.217$; 95%CI= 0.06, 0.67)

ส่วนปัจจัยที่เคยมีการศึกษาพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยแต่ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป, ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล, ค่าดัชนีมวลถ่วงน้อยกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, ระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงรักษา, การมีโรคประจำตัว, การดื่มสุรา, การติดเชื้อเอชไอวี, ผลการถ่ายภาพรังสีปอด, และการมีอาการข้างเคียงจากยา

จากการเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ พบว่า เพศผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.19 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ นภดล วรรณเจริญ, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2550)⁽⁵⁾ และวิวรรธน์ มุ่งเขตกลางและคณะ (2559)⁽¹¹⁾ และเพศชายมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 5.72 เท่า เมื่อเทียบกับ เพศหญิง เท่าซึ่งสอดคล้องกับ Low S et al. (2009)⁽⁴⁾ ทำการศึกษาในสิงคโปร์ พบว่า เพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค, Yen Y F et al. (2013)⁽⁵⁾ ศึกษาในไต้หวัน พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความเสียหายของการเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรค ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเพศชายมักมีพฤติกรรม

เสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิงเช่นการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมักจะเข้ารับการรักษาทันทีจะมารักษาเมื่อมีอาการรุนแรงหรืออาการหนักแล้ว

อายุ จากการศึกษาค้นคว้า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกที่เสียชีวิต ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2.24 เท่า เมื่อเทียบกับ ผู้มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโกสินทร์ หลวงละ (2552)⁽²⁾ พบว่า เมื่อเริ่มรักษา 55 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยของผู้ป่วยเป็น 1.90 เท่า, Wu Y C et al. (2014)⁽⁶⁾ ศึกษาในไต้หวัน พบว่า อายุ 75 ปีขึ้นไปความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยเป็น 1.70 เท่า, Chiang C Y et al. (2009)⁽⁷⁾ ศึกษาในไทเป พบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยเป็น 1.06 เท่า, Mathew T A et al. (2006)⁽⁸⁾ ศึกษาในรัสเซีย พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการศึกษาของ กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอดและคณะ (2556)⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไปเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอายุ 15-44 ปี 2.33 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Low S et al. (2009)⁽⁴⁾ ซึ่งทำการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ พบว่า อายุที่มากกว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค และการศึกษาของ Yen Y F et al. (2013)⁽⁵⁾ ซึ่งศึกษาในไต้หวัน พบว่าอายุ 65 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับความเสียหายของการเสียชีวิตขณะรักษาวัณโรค แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ สำราญ ธรรมสาร, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2550)⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ อายุ 29-39 ปี และการศึกษาของ นภดล วรรณเจริญ, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ (2550)⁽⁵⁾ พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปีซึ่งสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าอาจเนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร่างกายและอวัยวะต่างๆมีการเสื่อมสภาพลง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง

ผู้กำกับการกินยา พบว่า ผู้ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข/ชุมชนกำกับการกินยามีโอกาสเสียชีวิตเป็น 5.05 เท่า เมื่อเทียบกับ ผู้ที่ญาติหรือบุคคลในครอบครัวกำกับการกินยา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอดและคณะ (2556)⁽⁹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ญาติกำกับการกินยาเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่กำกับการ

กินยา 2.94 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่รุนแรง มักจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมถึง การการกำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร สาธารณสุขและผู้นำชุมชนเป็นประจำ

ผลเสมอหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้นพบเชื้อ/ไม่ได้ตรวจ มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 15.63 เท่า เมื่อเทียบกับ ผู้ที่มีผลเสมอไม่พบเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โกสินทร์ หลวงละ (2552)⁽²⁾ พบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผลเสมอเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้นเป็นบวกหรือประเมินไม่ได้เป็น 7.00 เท่า และการศึกษาของ วิวรรณ มุ่งเขตกลาง และคณะ (2559)⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยมีผลเสมอเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นบวก/ไม่มีผลเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยมีผลเสมอเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นเป็นลบเป็น 20.74 เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่มีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง และผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เสียชีวิตก่อนที่จะสิ้นสุดระยะเข้มข้น จึงไม่ได้รับการตรวจเสมอหลังสิ้นสุดระยะเข้มข้น ซึ่งระยะเวลาในการรักษาวันโรคในผู้เสียชีวิตมีค่ามัธยฐานระยะเวลา 24.5 วันเท่านั้น

ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำหรือรักษาซ้ำ มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 17.06 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ โกสินทร์ หลวงละ (2552)⁽²⁾ ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคกลับ

ผู้ป่วยที่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมี โอกาสเสียชีวิตเป็น 43.83 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 43.83 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นกคณ วรณเจริญ, พรนภา สุกรเวชศิริ (2550)⁽³⁾ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเคยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็น 11.01 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน มีความรุนแรงของโรคสูง หรือมีอาการหนัก จึงเป็นผลให้

ผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง

อาการข้างเคียงจากวัณโรคพบว่า การมีอาการข้างเคียงอย่างน้อย 1 อาการเป็นมี โอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่มีอาการตรงข้ามกับการศึกษาของ นกคณ วรณเจริญ, พรนภา สุกรเวชศิริ (2550)⁽³⁾ พบว่าการเสียชีวิตของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับอาการข้างเคียงจากการรักษา ดังนี้ อาการปวดข้อปวดกระดูก (OR=11.37; 95%CI=1.95-66.19) อาการทางผิวหนัง ผื่น คัน (OR=6.41; 95%CI=1.35-30.48) ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรคนั้น ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีความรุนแรง มาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการรักษาที่ไม่นานจึงอาจยังไม่พบอาการข้างเคียงมากนัก

ข้อเสนอแนะ

ในผู้ป่วยวัณโรคเสมอบวกที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำหรือรักษาซ้ำ ในควรมีระบบการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อลดอัตราป่วยในผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงควรมีการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในชุมชนอย่างเข้มข้นเพื่อการเข้าถึงบริการและรักษาก่อนที่จะมีอาการรุนแรงส่งผลให้ผู้เสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภนิสา ชายเกลี้ยง แพทย์หญิงนงลักษณ์ เทศนา ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลหนองคาย ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคประเทศไทย ปีงบประมาณ 2552-2557. 2558.
2. โกสินทร์ หลวงละ. การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค ในผู้ป่วยวัณโรคปอดชนิดใหม่และเกิดโรคกลับ [ออนไลน์]. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสถิติประยุกต์]. [เชียงใหม่]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552 [อ้างถึง 15 ตุลาคม 2016]. สืบค้น จาก: http://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type
3. นกคณ วรณเจริญ, พรนภา สุกรเวชศิริ. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 14(3), 2550. 47-55.
4. Low S et al. Mortality among tuberculosis patients on treatment in Singapore. *Int J Tuberc Lung Dis.* 13(3), 2009. 328-34.

5. Yen Y F et al. Prognostic factors associated with mortality before and during anti-tuberculosis treatment. **Int J Tuberc Lung Dis.** 17(10), 2013. 1310–6.
6. Wu Y C et al. Factors correlated with tuberculosis reported after death. **Int J Tuberc Lung Dis.** 18(12), 2014 1485–90.
7. Chiang C Y et al. , Tuberculosis outcomes in Taipei: factors associated with treatment interruption for 2 months and death. **Int J Tuberc Lung Dis.** 13(1), 2009. 105–11.
8. Mathew T A et al. Causes of death during tuberculosis treatment in Tomsk Oblast, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2006; 10(8): 857–63.
9. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และคณะ. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่. **พุทธชินราชเวชสาร.** 30(3), 2556. 276–85.
10. ตำราญ ธรรมสาร, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่โรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น.** 13(1), 2550. 74–82.
11. วิวรยพันธ์ มุ่งเขตกลางและคณะ. สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552–2553. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.** 23(1), 2559. 22–34.
12. James J Schlesselman. *Case-Control Studies Design, Conduct, Analysis.* New York: Oxford University press; 1982.

บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์

The Organizational Climate and Administrative Factor Affecting the Performance of Public Health
Officer in Consumer Protection at Sub-District Health Promoting Hospitals

in Phetchabun Province

กุลจิรา แซ่มสีม่วง¹ ชนะพล ศรีฤาชา²

Kuljira Samseemoung¹ Chanaphol Sriruacha²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากรที่ศึกษา คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภค ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 153 คน ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 118 คน และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2560 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ระดับบรรยากาศองค์การ ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.46), ค่าเฉลี่ย 3.65 (S.D.= 0.50) และ ค่าเฉลี่ย 3.50(S.D.= 0.58) ตามลำดับ และภาพรวมของบรรยากาศองค์การ และปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.620$, $p\text{-value}<0.001$) และ ($r=0.672$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ตัวแปร ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ บรรยากาศองค์การมีตรงวัด ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 62.4

คำสำคัญ: บรรยากาศองค์การ ปัจจัยทางการบริหาร การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

Abstract

This survey research aimed to study organizational climate and administrative factor affecting the performance of public health officer in consumer protection at sub-district health promoting hospitals in Phetchabun province. The calculated sample size 118 from the 153 population. This study was collecting both quantitative and qualitative data. In-depth interviews guideline was use to collect the data from 12 people's key informants who can provide intensive information on the topics. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity. Data collected between March 30th, 2017 - April 30th 2017. The data distribution was performed by statistics including percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions. ($\alpha=0.05$).

The results showed that the organizational climate, administrative factor and the performance of public health officer in consumer protection at sub-district health promoting hospitals in Phetchabun province were at high level with averages of 3.84 (S.D. = 0.46), 3.65 (S.D. = 0.50) and 3.50 (S.D. = 0.58), respectively. The organizational climate and administrative factor were significantly correlated to the

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

performance of public health officer in consumer protection at sub-district health promoting hospitals in Phetchabun province at 0.05 level ($r=0.620, p\text{-value}<0.001$), ($r=0.672, p\text{-value}<0.001$), respectively. There were predicted the performance of public health officer in consumer protection at sub-district health promoting hospitals in Phetchabun province at the significantly level 0.05 were the administrative factor of management, organizational climate of dimension reward, administrative factor of man, Technology and Material These 5 factors could predict the performance of public health officer in consumer protection at sub-district health promoting hospitals in Phetchabun province was determined to 62.4 %.

Key Words: The organizational climate, Administrative factor, The performance of public health officer in consumer protection

บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภค เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับ เพื่อให้ประชาชนดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ การคุ้มครองประชาชนเป็นหน้าที่ของรัฐที่พึงดำเนินการตามแนวนโยบายแห่งรัฐ รัฐจึงมีแนวนโยบายเป็นผู้คุ้มครองผู้บริโภค โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550โดยหมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ส่วนที่ 10 สิทธิในข้อมูลข่าวสารและการร้องเรียน มาตรา 61 ตามรัฐธรรมนูญนี้คุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค⁽¹⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นทัพหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในตำบล หมู่บ้าน ชุมชน และให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยภารกิจสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี 5 ด้าน ดังนี้ 1)ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2)ด้านการรักษาพยาบาล 3)ด้านการควบคุมป้องกันโรค 4)ด้านการฟื้นฟู และ 5)ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเป้าหมายของการดำเนินการภารกิจทั้ง 5 ด้าน นี้เพื่อสร้างสุขภาวะที่ดีให้มีความครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ และทางด้านสังคมควบคู่กันไป⁽²⁾

การคุ้มครองผู้บริโภคถือเป็นภารกิจหนึ่งที่มีความสำคัญของการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยเป้าหมายของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคยา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ตลอดจนมีการส่งเสริม พัฒนาศักยภาพให้ผู้บริโภคมีความสามารถในการตัดสินใจในการเลือกบริโภคได้อย่างถูกต้อง ไม่ให้ถูกหลอกลวงจากผลิตภัณฑ์หรือบริการต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม ภายใต้การ

ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีแนวทางการดำเนินงาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาระบบข้อมูล 2) ด้านการพัฒนาศักยภาพ และ 3) การเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง⁽³⁾

การปฏิบัติงานของบุคลากร ปัจจัยบรรยากาศองค์การ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและผลของการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่มีผลให้การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายขององค์การ เนื่องจากบรรยากาศองค์การที่ดี จะสามารถสร้างความพึงพอใจของบุคลากร จูงใจบุคลากรในการปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จ โดยบรรยากาศองค์การ 9 มิติ ของ Litwin & Stringer (1968)⁽⁴⁾ ประกอบด้วย 1)มิติโครงสร้างองค์การ(Structure) 2)มิติความรับผิดชอบ (Responsibility) 3)มิติรางวัล(Reward) 4)มิติความเสี่ยง (Risk) 5)มิติความอบอุ่น(Warmth) 6)มิติการสนับสนุน (Support) 7)มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน(Standards) 8)มิติความขัดแย้ง(Conflict) และ 9)มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน(Identity)

ปัจจัยทางการบริหาร เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคให้บรรลุวัตถุประสงค์ ที่จะช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติงานสามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น และปัจจัยทางการบริหารยังส่งผลให้เจ้าหน้าที่ศักยภาพและประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้สำเร็จ โดยปัจจัยทางการบริหารนั้นควรมีการสนับสนุนให้สอดคล้องกับบริบทของหรือสภาพปัญหาของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยอาศัยปัจจัยทางการบริหารพื้นฐานที่สำคัญ ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านการบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์⁽⁵⁾ และยัง

มีปัจจัยทางการบริหารที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จอีก 3 ปัจจัยคือ ด้านเทคโนโลยี ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ด้านขวัญกำลังใจในการทำงาน⁽⁶⁾

จากผลการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2559 เขตสุขภาพที่ 1-12 พบว่า ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เป็นปัญหาที่พบในทุกเขต เช่น ในเรื่องของสถานประกอบการที่ผลิตน้ำดื่มและน้ำแข็งบริโภคที่ได้มาตรฐาน มีร้อยละ 88.6 มีผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคที่และน้ำแข็งบริโภคที่มีคุณภาพ ร้อยละ 70.2 และมีประเด็นการร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลที่กระทำผิดกฎหมาย 161 เรื่อง และปัญหาการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย และประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคหรือการดำเนินงานไม่สำเร็จ ได้แก่ ด้านผู้ประกอบการขาดการควบคุมดูแล ในเรื่องของมาตรฐานการผลิตต่างๆ และประเด็นการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในระดับ รพ.สต. ต่อผู้ประกอบการในพื้นที่ เนื่องจาก รพ.สต. มีความใกล้ชิดชุมชน มีความไม่มั่นใจจะค่อนข้างมีความหวาดกลัวในการดำเนินงาน เพราะเกรงว่าจะเกิดการประทะกับผู้ประกอบการในพื้นที่ได้ และบุคลากรที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคยังมีไม่เพียงพอ และมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยจึงทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของข้อมูล และการดำเนินงาน การโฆษณาที่ผิดกฎหมาย พบว่าเครือข่ายเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมายในระดับพื้นที่ยังมีน้อย ขาดการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังในระดับพื้นที่ ให้เข้มแข็ง และ เสริมสร้างองค์ความรู้ประชาชนให้มีความรู้ในการเลือกบริโภค⁽⁷⁾

จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคแนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด พบว่าการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบูรณ์ มีปัญหาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูล 2)ด้านการพัฒนาศักยภาพ 3)ด้านการเฝ้าระวังและบริหารจัดการความเสี่ยง ผลเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคส่งตรวจที่ยัง

ไม่ได้มาตรฐาน ดำเนินการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา อาหาร สถานพยาบาล และเครื่องสำอาง พบว่ามีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ฝ่าฝืนกฎหมาย⁽⁸⁾ ซึ่งปัญหาเกิดขึ้นจากหลายด้าน ทั้งในด้านของผู้ประกอบการขาดความตระหนัก การขาดความรู้ในเรื่องกฎหมาย มาตรฐานการผลิต ด้านของผู้บริโภคก็มีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ในการเลือกซื้อสินค้าหรือบริการ สิทธิของผู้บริโภค และเครือข่ายเฝ้าระวังของชุมชนยังไม่เข้มแข็ง

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคทั้ง 3 ด้าน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ว่ามีการดำเนินงานในระดับใด มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร และตัวแปรอิสระที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษา คือ บรรยากาศองค์กร และปัจจัยทางการบริหาร ตัวแปรอิสระดังกล่าวมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างไร และเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการดำเนินงานทั้ง 3 ด้าน เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัยจากการบริโภคสินค้าหรือบริการทางด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาระดับบรรยากาศองค์กร ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์
- 2.เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์
- 3.เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานการวิจัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

บรรยากาศองค์กรและปัจจัยทางการบริหารมีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ทำการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบรรยากาศองค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 153 คน⁽⁸⁾ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)⁽⁹⁾

$$\text{สูตร } n = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัยเท่ากับ 118 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก คือบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลที่ตีความจำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.991 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 บรรยากาศองค์กร 9 มิติ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางการบริหาร

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 5 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ากลาง และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การแปลผล ระดับบรรยากาศองค์กร ระดับปัจจัยทางการบริหาร และระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข แปลผลโดยการจัดเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ตามแนวคิดของ สำเร็จ จันทรสวรรณ และสุวรรณบัวทวน (2547)⁽¹⁰⁾ ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.50–5.00 ระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.50–4.49 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.50–3.49 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.50–2.49 ระดับน้อยที่สุดค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00–1.49

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ Elifson (1990)⁽¹¹⁾

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) ความหมาย

r = 0 ไม่มีความสัมพันธ์

r = ± 0.01 ถึง ± 0.30 มีความสัมพันธ์ต่ำ

r = ± 0.31 ถึง ± 0.70 มีความสัมพันธ์ปานกลาง

r = ± 0.71 ถึง ± 0.99 มีความสัมพันธ์สูง

r = ± 1 มีความสัมพันธ์สูงมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากที่ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2560 เลขที่ HE602019 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2560 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2560 ในการวิจัยผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญ เคารพสิทธิ พิทักษ์สิทธิของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลัก

คุณภาพชีวิตและไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม ซึ่ง
คำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.8 อายุ
ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 33.9 อายุเฉลี่ย 37.85 ปี
(S.D.=10.19) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 58 ปี การศึกษา
ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.3 ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน
คุ้มครองผู้บริโภคมากที่สุด คือ นักวิชาการสาธารณสุข
ร้อยละ 42.4 รายได้เฉลี่ย 26,363.90 บาท (S.D.=11,581.80)
รายได้ต่ำสุด 10,060 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท
ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค เฉลี่ย 9.10 ปี
(S.D.=8.93) ค่ากลาง= 5.50 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 35 ปี ใน
รอบ 1 ปีที่ผ่านมาได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการ
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ร้อยละ 49.2

ระดับบรรยากาศองค์การ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า
ภาพรวมอยู่ในระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 3.84 คะแนน
(S.D.=0.46) เมื่อพิจารณาปัจจัยบรรยากาศองค์การรายด้าน
พบว่า ทุกมิติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยมิติโครงสร้าง
องค์การ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.05 คะแนน (S.D.=0.56)
รองลงมา คือ มิติความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับมิติ
ความอบอุ่น คือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 คะแนน(S.D.=0.50
และ S.D.=0.67 ตามลำดับ)และมิติความเสี่ยง มีค่าเฉลี่ย
น้อยที่สุด เท่ากับ 3.66 คะแนน(S.D.=0.60)

ระดับปัจจัยทางการบริหาร ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ทุกด้าน มีค่าเฉลี่ยอยู่
ในระดับมาก โดยปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหาร มี
ค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.76 คะแนน (S.D.=0.58) ค่า เฉลี่ย
รองลงมา คือด้านขวัญกำลังใจในการทำงานมีค่าเฉลี่ย
เท่ากับกับ 3.72 คะแนน (S.D.=0.69) ด้านวัสดุอุปกรณ์มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 คะแนน(S.D.=0.68) ด้านบุคลากร มี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 คะแนน (S.D.=0.65) ด้านเทคโนโลยี
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 คะแนน (S.D.=0.59) และด้านเวลา
ในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.52 คะแนน
(S.D.=0.52)

ระดับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน
สาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ด้านการ
พัฒนาระบบฐานข้อมูล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด
เท่ากับ 3.55 คะแนน(S.D.=0.59) รองลงมา คือ ด้านการเฝ้า
ระวังและการบริหารจัดการความเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง มี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 คะแนน (S.D.=0.61) และด้านการ
พัฒนาศักยภาพการคุ้มครองผู้บริโภค อยู่ในระดับปาน
กลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.46 คะแนน(S.D.=0.65)

บรรยากาศองค์การ ที่มีความสัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
เพชรบูรณ์ ภาพรวมของปัจจัยบรรยากาศองค์การ มีความ
สัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการปฏิบัติงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
เพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.620$, p -
value<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกมิติมี
ความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก โดยมิติรางวัล มี
ความสัมพันธ์สูงสุด ($r=0.596$, p -value<0.001) รองลงมาคือ
มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน ($r=0.575$, p -value<0.001) และ
มิติที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ มิติโครงสร้างองค์การ
($r=0.341$, p -value<0.001)

ปัจจัยทางการบริหาร ที่มีความสัมพันธ์กับการ
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
เพชรบูรณ์ ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความ
สัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการปฏิบัติงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
เพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.672$, p -
value<0.001) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกมิติมี
ความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก โดยด้านการบริหาร

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

จัดการมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r=0.642$, $p\text{-value}<0.001$) รองลงมาคือ ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ($r=0.587$, $p\text{-value}<0.001$) และ ปัจจัยทางการบริหารด้านที่มี

ความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านเทคโนโลยี ($r=0.317$, $p\text{-value}<0.001$)

บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด เพชรบูรณ์

ตาราง 1 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² Change
1.ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ	0.322	0.321	3.834	<0.001	0.642	0.412	0.412
2.บรรยากาศองค์การมิติรางวัล	0.260	0.290	4.190	<0.001	0.717	0.514	0.103
3.ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร	0.306	0.346	4.966	<0.001	0.762	0.580	0.066
4.ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี	-0.229	-0.234	-3.130	0.002	0.775	0.600	0.020
5.ปัจจัยทางการบริหารด้านวัสดุอุปกรณ์	0.181	0.214	2.665	0.009	0.790	0.624	0.024

ค่าคงที่=0.358, F=37.21, P-value<0.001, R=0.790, R²=0.624, R²_{adj} = 0.607

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้าน สาธารณ สุขของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด เพชรบูรณ์ ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหาร จัดการ ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยบรรยากาศองค์การมิติรางวัล ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร($p\text{-value}<0.001$)ปัจจัยทางการบริหารด้านเทคโนโลยี ($p\text{-value}=0.002$) และปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหาร ($p\text{-value}=0.009$) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ภาพรวมของปัจจัยบรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก กับการปฏิบัติงาน คุ้มครองผู้บริโภคด้าน สาธารณ สุขของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด เพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.620$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากบรรยากาศองค์การมีความสำคัญ ต่อการปฏิบัติงาน บรรยากาศองค์การมีส่วนช่วยกำหนด พฤติกรรมของสมาชิกในองค์กร การเสริมสร้าง บรรยากาศองค์การที่ดี จะส่งผลให้สมาชิกขององค์กรมี ทศนคติที่ดี เกิดความพึงพอใจในงานและจะยังคงอยู่ใน องค์กรต่อไปแม้จะต้องอยู่ภายใต้ภาวะเบียดเบียนขององค์กร

เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ อันจะส่งผลให้การ ปฏิบัติงานขององค์การสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือ เป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้ง นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวม ของบรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวก กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (12,13,14) การสร้างบรรยากาศที่จะสนองต่อความจำเป็น และความต้องการของพนักงานได้อย่างถูกต้องและหาก ต้องพิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาองค์การแล้วมีความ จำเป็นที่จะต้องพิจารณาเปลี่ยนแปลงบรรยากาศองค์การ เป็นอันดับแรก เนื่องจากบรรยากาศองค์การมีส่วนช่วย กำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในองค์กร และผู้บริหารเป็น ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการวางวางแผนรูปแบบบรรยากาศ องค์การ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้อสอดคล้องในระดับที่ ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวม บรรยากาศองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก กับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (15)

ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ ระดับปานกลางทางบวก กับการปฏิบัติงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.672$, $p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากปัจจัยทางการบริหารมีความสำคัญ เพื่อให้การดำเนินงานได้บรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นองค์การของหน่วยงานราชการหรือองค์การของเอกชน ล้วนแล้วจะต้องมีปัจจัยทางการบริหาร เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานหรือกิจกรรมขององค์กร ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับมีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงาน^(17,18,19) การที่จะดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายหรือประสบผลสำเร็จนั้น ปัจจัยทางการบริหารเป็นส่วนที่สำคัญของดำเนินงานเพื่อให้บุคลากรในองค์กรสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ การปฏิบัติงานของบุคคลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนปัจจัยทางการบริหารอย่างเพียงพอ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับมากกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(21,22)

บรรยากาศขององค์กรและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์ มีแปดข้อที่ถูกละเลือกเข้าสมการ ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ ปัจจัยบรรยากาศขององค์กร มิตรรางวัล ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากรปัจจัยทางการบริหาร ด้านเทคโนโลยี และปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ โดยตัวแปรรวมทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ร้อยละ 62.4 โดยด้านปัจจัยทางการบริหาร สอดคล้องกับการศึกษาของสมหมายชาน้อย และชนะพล ศรีฤาชา⁽²³⁾ พบว่า ด้านการบริหารจัดการ($p\text{-value}=0.008$) ด้านเทคโนโลยี($p\text{-value}<0.001$)

สามารถร่วมพยากรณ์การใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 61.6 บรรยากาศขององค์กรมิตรรางวัล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าบรรยากาศขององค์กรมิตรรางวัล($p\text{-value}<0.001$) สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 64.5⁽²⁴⁾ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ด้านบุคลากร ($p\text{-value}=0.005$) สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 34.4⁽¹⁶⁾ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ด้านวัสดุอุปกรณ์($p\text{-value}=0.033$) สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 60.3⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและจัดตั้งคณะทำงานหรือควบคุมกำกับ การดำเนินงาน และสามารถสนับสนุนทรัพยากรการดำเนินงาน ได้ทันกับความต้องการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อพบปัญหาจากการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค
2. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและสนับสนุนรางวัลให้แก่บุคลากรที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเป็นการสร้างแรงกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติงานที่รับผิดชอบด้วยความเต็มใจ อันจะส่งผลให้การปฏิบัติงานสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและสนับสนุน การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ในโรงพยาบาล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการปฏิบัติงานในพื้นที่

4. โรงพยาบาลชุมชนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์มาใช้ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้สามารถตรวจประเมิน วิเคราะห์ความเสี่ยง และดำเนินการแก้ไขปัญหาที่พบในพื้นที่ได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรส่งเสริมให้มีการใช้ระบบการบันทึกข้อมูลหรือโปรแกรมในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้ข้อมูลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคเป็นระบบหมวดหมู่ เกิดระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีความสะดวกในการนำข้อมูลพื้นฐานมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลมาวางแผนในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคได้สอดคล้องและครอบคลุมกับสภาพปัญหาในพื้นที่

2. ในระดับกระทรวง ควรสนับสนุนและผลักดันการคุ้มครองผู้บริโภค ให้เป็นนโยบายที่รับผิดชอบร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงานในระดับตำบล ในการสนับสนุนงบประมาณ การมีอัตรากำลังในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากหน่วยงานท้องถิ่น หรือการกำหนด

ข้อบัญญัติของท้องถิ่น ในการกำจัดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการ ร้านค้า ร้านขายของชำต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเรื่องกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. การศึกษาเรื่องแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ ญ.พยอม เพชรบูรณิน และนาย दिलก อ่อนลา ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์ ทุกท่านที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่งานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, และคณะ. บทสรุปสำหรับผู้บริหารการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในระบบสุขภาพ. นครปฐม : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2555.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554.
- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: อุทยานพิมพ์, 2553.
- Litwin, G.H., & Stringer, R.A. **Motivation and organization climate**. Boston: Division of research, Graduate School of Business Administration, Harvard University, 1968.
- ทองหล่อ เดชไทย. **หลักการบริหารงานสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, 2549.
- ประจักษ์ บัวผัน. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2558.

7. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. **สรุปรายงานการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2559**. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2559.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. **เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2559**. เพชรบูรณ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2559.
9. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavior sciences**. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
10. สำเร็จ จันทรวรรณ, และ สุวรรณ บัวทวน. **สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคม ศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
11. Elifson, K.W. **Fundamentals of social statistics**. New York: McGraw-Hill, 1990.
12. เกษมชาติ จำสึงห์, และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. **บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557. (หน้า 57-65).** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏนนทบุรี, 2557.
13. พรพรรณ สุนทรสุด, และประจักษ์ บัวผัน. **บรรยากาศองค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข.16(5), 2554. 551-562.**
14. ชัย เมืองโคตร, และชัยยง ขามรัตน์. **ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. สาธารณสุขขอนแก่น, 19(219), 2550. 34-36.**
15. ประเสริฐ ตุกภูมิ, และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. **บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. การประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557.(หน้า607-614).** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏนนทบุรี, 2557.
16. วรณลดา กลิ่นแก้ว, และพีระศักดิ์ ศรีฤาชา. **ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. วารสารวารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 9(3), 2552. 28-41.**
17. กฤษดา ไม้เวียง, และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับ บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557. (หน้า 66-75).** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏนนทบุรี, 2557.
18. ณัฐพงษ์ ศิลาลือทอง. **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7(2), 2557. 1-8.**
19. นฤตม ชัยญวน, และประจักษ์ บัวผัน. **ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(4),2553. 37-46.**
20. นუნาด ขวาทไทย, และชญญา อภิบาลกุล. (2557). **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านสุขภาพโภชนาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับ บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557. (หน้า 636-643).** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏนนทบุรี.
22. สมหมาย คำพิชิต, และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2556). **คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 6(1), 21-29.**
23. สมหมาย ชาน้อย, และชนะพล ศรีฤาชา. (2557). **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการใช้โปรแกรมระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิ (JHCIS) ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 7(3), 129-136.สุมาลี ลารังสิต, และประจักษ์ บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(3), 67-80.**
24. พิโชติ บำรุงไทย, และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2553). **บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 7(1).82-93.**

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ
ในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในชุมชน

**The Effect of a Participatory Learning Program on Knowledge and Behaviors
to Prevent Cardiovascular Complication in Patient with Type 2 Diabetes Mellitus in the Community**

วัชรนุช จันทคุณ¹, สมเสาวนุช จมุศรี², อมร สุวรรณนิมิตร³

Watcharanut Junthakul¹, Somsaowanuch Chamusri², Amorn Suwannimitr³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2560 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเสี่ยงสูง มีอายุระหว่าง 35-70 ปี มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 60 ราย จัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย โดยจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษาและระยะเวลาการเป็นเบาหวาน กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยความรู้และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและ ข้อมูลการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, ความรู้, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ, ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

Abstract

This study is a quasi-experimental research which aimed to evaluate the effects of a participatory learning program on knowledge and behaviors to prevent cardiovascular complication among patients with type II diabetes mellitus. Data were conducted between May and June 2017 among diabetic patients with high risk in cardiovascular complication aged between 35 and 70 years in the outpatient department Kalasin Hospital. Sixty participants were obtained from a simple random sampling method. They were divided into two groups; intervention and control matching by age, gender, education levels, and diabetes duration. The experimental group received a participatory learning programme which included knowledge and a guideline for self-care to prevent cardiovascular complication. Data were collected by using a questionnaire which consisted of characteristics, health information, self-care information, knowledge and behaviour on prevention of coronary heart disease. Data were analysed using descriptive statistics, paired t-test and independent t-test.

The research revealed that: The scores of knowledge and the scores of behaviors among intervention group were found to be significantly higher than before participated in the program and higher than the scores of the control group ($p < .05$).

Keywords: Participatory Learning Programme, Knowledge, Behaviours to Prevent Cardiovascular Complication, Type II diabetes mellitus

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

WHO⁽¹⁾ และ IDF⁽²⁾ ชี้ว่าทุกประเทศทั่วโลกมีอัตราความชุกและอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยรายงานสถานการณ์มีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2040 จะมีผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน สถานการณ์ประเทศไทย ก็มีรายงานว่าอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบว่าพื้นที่ ที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด คือภาคกลาง รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อันดับที่สามคือภาคเหนือ และพบน้อยที่สุดที่ภาคใต้⁽³⁾ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่กำลังเผชิญกับปัญหาดังกล่าว จากรายงานพบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเบาหวานจำนวน 17,640 ราย คิดเป็นอัตรา 1,791.32 ต่อแสนประชากร พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 31.42 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ ในขณะเดียวกันก็พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 พบอัตรา 37.12 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราตายเพิ่มเป็น 58.37 ต่อแสนประชากรและผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีโรคเบาหวานร่วมด้วย มากถึงร้อยละ 37.9⁵ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ ชัชชาติ รัตตสาร⁽⁶⁾ รายงานว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานโดยเฉลี่ย 9 ปี จะพบภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) มากถึงร้อยละ 18.7 หากผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าผู้ป่วยเบาหวานปกติประมาณ 2-3 เท่า

ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนลงพุง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่^(7,8) ข้อมูลเหล่านี้ได้นำมาใช้ ในการคำนวณความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีความแม่นยำ เพื่อการป้องกันและลดภาวะการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวาน กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดนโยบาย เพื่อควบคุมอุบัติการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด (Primary Prevention) โดย

มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงด้วยตนเอง รวมถึงบอกแนวทางสำหรับให้สถานพยาบาลนำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีข้อจำกัด เป็นต้นว่า ขาดระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ขาดการสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง ขาดระบบสารสนเทศทางคลินิก รวมถึงหน่วยงานบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิขาดความเชื่อมโยงของระบบส่งต่อ อีกทั้งระบบการบริการการดำเนินงานในปัจจุบัน ยังยึดหลักในการตั้งรับ ให้การรักษาโดยการให้ยาเป็นหลัก กิจกรรมที่ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยยังขาดแนวทางที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย⁽⁹⁾ ส่งผลให้การจัดการโรคเรื้อรังได้ผลน้อย ทำให้สถานการณ์และแนวโน้มต่อการเกิดและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานรวมถึงอัตราค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเชื่อว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ จะมีประสบการณ์ในเรื่องของความรู้และปฏิบัติตัวมาบ้างแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ที่ใช้เทคนิคการแลกเปลี่ยน แบ่งปันประสบการณ์ตรง แสดงความคิดเห็น เน้นการร่วมอภิปรายซึ่งทุกคนมีโอกาสสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การรับฟังความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น ที่มีปัญหาของโรคในลักษณะใกล้เคียงกับตน ก่อให้เกิดความเชื่อมั่น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม⁽¹⁰⁾ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จึงเป็นอีกกลวิธีที่สำคัญที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่พัฒนาขึ้นบนฐานคิดของ ดี เจ นิโคล (D.J.Nicol) มาทดลองใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่าง

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2560 โดยทำการศึกษา 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre - Post Design) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย เป็นการสุ่มอย่างง่ายเลือกพื้นที่ และสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มทดลองแล้วใช้คุณสมบัติตามเกณฑ์การจับคู่ในกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน จนครบจำนวน 30 คู่ ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ที่จะดำเนินการวิจัย จัดส่งบัตรนัดพร้อมระบุเหตุผล และแนบเอกสารคำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นการให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ทำการเก็บข้อมูล Pre-test ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง และครั้งที่ 3 ห่างครั้งที่ 2 นาน 2 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที สถานที่จัดกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง ใช้พื้นที่บริเวณบ้านผู้ป่วย ที่มีความพร้อมในด้านสถานที่ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ป่วยอาสาสมัครเอง จึงถือว่าเป็นการลงพื้นที่จริงของผู้วิจัย และเป็นพื้นที่ที่ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยเป็นอย่างดี มีความสะดวกในการเดินทาง ผู้ป่วยจึงมีความพร้อมในการเรียนรู้ โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 จัดในสัปดาห์ที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ เข้าใจ และสามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อสามารถออกแบบแนวทางการปฏิบัติเพื่อตนเองได้ถูกต้อง รวมถึงมอบคู่มือ “ปฏิบัติได้พฤติกรรมดี” เพื่อนำไปศึกษาทบทวนในกิจกรรมที่ผ่านมาในเรื่องความรู้และพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ กิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ เข้าใจ

และสามารถ บอกการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถนำไปปรับพฤติกรรม เพื่อตนเองได้ถูกต้อง กิจกรรมครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้สมาชิกประยุกต์แนวคิด โดยการร่วมออกแบบพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม เป็นการประเมินความคิดรวบยอดของกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 6 ทำการเก็บข้อมูล Post-test ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูล พร้อมกล่าวขอบคุณและปิดการวิจัย

3. ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป⁽¹¹⁾ ในการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลใช้วิธีการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการทดสอบที (Independent t-test) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที (Paired t-test) ภายหลังทดสอบการกระจายข้อมูลดังกล่าวแล้วพบว่าการแจกแจงแบบโค้งปกติ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับความเสี่ยงสูง (CVD Score 20 -<30%) จำนวน 60 คน โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกพื้นที่ได้ตำบลห้วยโพธิ์เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลนาจารย์เป็นกลุ่มควบคุม จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษาและระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มละ 30 คน การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 28

กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 รหัสวิจัยคือ NU-MSU-IRB/0530.11-350 และได้รับอนุมัติการเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้ร่วมวิจัย มีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบไปด้วย แผนการให้ความรู้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยแผนกิจกรรม 3 ครั้ง

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นแผนการให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นแผนการให้ความรู้และทักษะเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา การกำจัดความเครียดและการรับประทานยาและมาตรวจตามแพทย์นัด รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์ โดยให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ การควบคุมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจด้านต่างๆ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและปัจจัยแห่งความสำเร็จของสมาชิกกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการประยุกต์แนวคิดด้วยวิธีการแสดง โดยสมาชิกกลุ่มทดลองร่วมออกแบบและแสดงพฤติกรรมในด้านต่างๆ ที่ถูกต้อง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับสมาชิกกลุ่มทดลอง ในการกำหนดว่าจะแสดงพฤติกรรมด้านใดบ้าง

1.2 คู่มือ “ปฏิบัติได้ พฤติกรรมดี” เป็นเครื่องมือสำหรับกลุ่มทดลองเมื่อเริ่มกิจกรรม ให้นำไปอ่าน เป็นบททวนกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วยเนื้อหาในเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

โรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและการดูแลสุขภาพ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือกคือ ถูก ผิด ที่ จำนวน 25 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ จำนวน 41 ข้อ ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ด้วยวิธี IOC ผลเท่ากับ .84 และ .94 ตามลำดับและนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้สูตร คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson [K-R 20]) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .71 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 42 - 68 ปี อายุเฉลี่ย 55.9 ปี สถานภาพคู่หรืออยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 70 การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.7 ประกอบอาชีพด้วยเกษตรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70 ได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี 20,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 53.3 และร้อยละ 86.7 ให้ประวัติว่าไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุระหว่าง 44-69 ปี อายุเฉลี่ย 56.2 ปี มีสถานภาพคู่หรืออยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 80 การศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.7 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี ส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.7 มี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 80 มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 63.3 ให้ประวัติว่าไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	16.43	2.12	ปานกลาง	22.20	1.60	ดี
1. ด้านความรู้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน	8.43	1.59	ปานกลาง	12.26	1.11	ดี
2. ด้านความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	8.00	1.36	ปานกลาง	9.93	0.86	ดี
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	15.90	1.66	ปานกลาง	16.26	2.01	ปานกลาง
1. ด้านความรู้โรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน	8.30	1.62	ปานกลาง	8.83	1.51	ปานกลาง
2. ด้านความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	7.60	1.42	ปานกลาง	7.43	1.22	ปานกลาง

2.1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง การทดลอง ผลพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.43 และภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้น เท่ากับ 22.20 โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	S.D.	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	16.43	2.12	12.29	.00
หลังการทดลอง	22.20	1.60		

* $p < .05$

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ผลพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 22.20 และในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.26 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	S.D	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)	22.20	1.60	12.60	.00
กลุ่มควบคุม (n=30)	16.26	2.01		

* $p < .05$

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	82.73	11.54	ปานกลาง	101.73	8.52	ดี
1. ด้านการควบคุมอาหาร	24.50	5.38	ปานกลาง	32.03	5.16	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	10.13	3.42	ปานกลาง	13.13	2.25	ดี
3. ด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	13.40	3.31	ปานกลาง	15.93	2.71	ดี
4. ด้านการกำจัดความเครียด	13.86	4.81	ปานกลาง	18.16	2.76	ดี
5. การรับประทานยาและมาตรวจตามแพทย์นัด	20.16	2.67	ปานกลาง	22.46	1.56	ดี
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม	77.33	10.32	ปานกลาง	74.50	9.04	ปานกลาง
1. ด้านการควบคุมอาหาร	24.36	5.06	ปานกลาง	24.23	5.23	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	9.66	3.33	ปานกลาง	8.90	2.61	ปานกลาง
3. ด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	13.46	3.45	ปานกลาง	12.53	3.55	ปานกลาง
4. ด้านการกำจัดความเครียด	12.43	3.16	ปานกลาง	12.26	2.62	ปานกลาง
5. การรับประทานยาและมาตรวจตามแพทย์นัด	17.40	3.65	ปานกลาง	16.56	3.53	ปานกลาง

3.1 ผลการเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ผลพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 82.73 และภายหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เท่ากับ 101.73 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตาราง 5)

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	S.D	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	82.73	11.54	11.58	.00
หลังการทดลอง	101.73	8.52		

* $p < .05$

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ผลพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 101.73 และในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 74.50 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 6)

ตาราง 6 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ	\bar{X}	S.D	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n=30)	101.73	8.52	12.01	.00
กลุ่มควบคุม (n=30)	74.50	9.04		

* $p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

1. ความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่า ก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การให้ความรู้โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ ทั้งหมด 3 กิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาการดูแลตนเอง ที่คล้ายคลึงกัน ได้พบปะ ถ่ายทอดประสบการณ์ เรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการเล่าสู่กันฟังตามประสบการณ์และการรับรู้ของตน รวมถึงรับฟังการบรรยายจากผู้วิจัย เรื่องความรู้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ ในด้านต่างๆ การเรียนรู้ประสบการณ์เบาหวาน ที่เหมือนหรือแตกต่างกัน นั้น ทำให้กลุ่มทดลองสะท้อนความคิด พยายามเข้าใจและเรียนรู้ ในเรื่องโรคเบาหวานที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิสมัช มาภักดี⁽¹²⁾ ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยในกลุ่มทดลองได้รับการสอนด้านพุทธพิสัยจิตพิสัยและทักษะพิสัย เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึงการได้แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนตามประสบการณ์ของตนเอง ผลการศึกษาทำให้ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องเบาหวานในขณะตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ กัณณิกา โคตรบรรเทา⁽¹³⁾ ที่ศึกษาในครอบครัวและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กับแรงสนับสนุนของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น และรับรู้บทบาทของครอบครัวดีขึ้น และจิราภรณ์ ชูวงศ์⁽¹⁴⁾ ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการให้ความรู้เรื่อง

โรคความดันโลหิตสูง โดยแผนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การให้ความรู้ โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากกิจกรรมที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 3 ครั้ง ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 เน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดความรู้และเข้าใจในเรื่องของโรคเบาหวาน ด้วยการเล่าและรับฟังประสบการณ์ตรงหรือสิ่งที่ได้รับรู้มาแต่เดิม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในเรื่องโรคเบาหวาน ปัจจัยส่งเสริมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงได้รับคู่มือ “ปฏิบัติได้พฤติกรรมดี” นำกลับไปอ่านที่บ้าน เป็นการทบทวนกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น และหลังจากผู้ป่วยเข้าใจและมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานแล้ว ผู้วิจัยได้เพิ่มการบรรยายเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกิจกรรมครั้งที่ 2 ซึ่งห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 1 เพียง 1 สัปดาห์ หลังจากฟังบรรยายแล้วผู้ป่วยเบาหวานได้สรุปความคิดรวบยอด เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ออกมาในลักษณะของ mind maps ซึ่งแสดงถึงความเข้าใจในเรื่องที่ได้เรียนรู้และกิจกรรมครั้งที่ 3 ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 2 2 สัปดาห์ เป็นการประยุกต์แนวคิด โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลอง ได้ร่วมกันออกแบบพฤติกรรม ที่แสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มทดลองได้เลือกออกแบบพฤติกรรม ด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จากกิจกรรมนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ มีความรู้ เข้าใจ และนำไป

ประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตของคนได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อารมณ อร์มเมื่อง⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษา โดยให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหาร หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึง พัชร จันทอง⁽¹⁶⁾ ได้ทำการศึกษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมอาหารหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นี้ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมดูแลตนเองในทิศทางที่ดีขึ้น เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาผลของ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรคเรื้อรังอื่นๆ และควรศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาว เพื่อติดตามผลและความคงทนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยโพธิ์และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาจารย์ ที่กรุณาช่วยเหลือเอื้อเฟื้อในด้านสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวานที่กรุณาเข้าร่วมการวิจัย ขอขอบคุณคณะพยาบาล อาจารย์และบุคลากรประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและชี้แนะแนวทางการวิจัย ขอขอบคุณบิดามารดาและครอบครัวที่สนับสนุน ตลอดจนขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia.** report of a WHO/IDF consultation, 2015.
2. International Diabetes Federation. **Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.** 2015. (ออนไลน์). ได้จาก: Online version of IDF Diabetes Atlas: www.idf.org/diabetesatlas. (สืบค้นเมื่อเดือน กันยายน 2560)
3. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. **รายงานประจำปี 2558 (ANNUAL REPORT 2015).** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ, 2559.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. **กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา เบาหวานและความดันโลหิตสูง.** สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559.
5. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **ร่างมาตรฐานการทำงานการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด.** สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2558.
6. ชัชชาติ รัตตสาร. **การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย.** หน่วยคอมพิวเตอร์และเมตอะบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2556.
7. ณัฐจิรวรรณ พันธุ์มุง. **แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด (Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk).** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ, 2557.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

8. เสาวลักษณ์ พรหมพงษ์และวีระศักดิ์ ศรีนนภากร. โรคเบาหวาน Cases Approach for Diabetes Mellitus Management. งานต่อมไร้ท่อ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, 2553.
9. เนติมา คูณีย์. การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด, 2557.
10. วนิตา ชนินทุยทวงศ์. คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วงศ์กมลโปรดักชั่น; นนทบุรี, 2543.
11. ปรีชาดิ โจน์พลากร-กฤษและยุวดี ฤๅชา. สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. บริษัท เอสพีเอสเอส (ไทยแลนด์) จำกัด, 2553.
12. พิสมัย มากักดี. ผลของการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสตรี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
13. กัณณิกา โคตรบรรเทา. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมสนับสนุนของครอบครัว โรงพยาบาลเชียงคน. วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
14. จิราภรณ์ ชูวงศ์. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 6(2) กรกฎาคม – ธันวาคม 2555.
15. อารมย์ อร่ามเมือง. ผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
16. พัชรี จันทอง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555.

อิทธิพลของการตลาดเชิงสัมพันธ์และส่วนประสมการตลาดที่มีต่อปัจจัยการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์
ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**The Influence of Relationship Marketing and Marketing mix on New Drugs Selection of Physicians
in Ministry of Public Health**

ชนิดาภา นิยมทอง¹, สุภา ทองคง²

Chanidapa Niyomthong

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการตลาดเชิงสัมพันธ์และปัจจัยส่วนประสมการตลาดที่ส่งผลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 12 จำนวน 322 คน สุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Independent Sample t-test , One - Way ANOVA LSD (Least Significant Difference) , การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการตลาดเชิงสัมพันธ์มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.803 และสามารถทำนายค่าสมการของการวิเคราะห์ได้ร้อยละ 63.9 ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านความผูกพัน ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน ด้านการเอาใจใส่ ด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และส่วนประสมการตลาดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.967 และสามารถทำนายค่าสมการของการวิเคราะห์ได้ร้อยละ 93.3 ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านพนักงาน ด้านกระบวนการให้บริการ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ : การตลาดเชิงสัมพันธ์ ส่วนประสมการตลาด การตัดสินใจเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์

Abstract

The objective of this research is to examine relationship marketing and marketing mix factors that affect the choosing of new drugs among physicians under the Ministry of Public Health. The samples used in the study are 322 physicians who work in public hospitals under the auspice of the Ministry of Public Health in Health Service Region 12. The data is compiled via questionnaires with convenience sampling being adopted. The following statistics are employed in data analysis: frequency, percentage, independent sample t-test, One-Way Anova Least Significant Difference (LSD), Pearson Product Moment Correlation, and Multiple Linear Regression Analysis. The multiple correlation coefficient (R) of relationship marketing is 0.803, capable of predicting 63.9 percent of the dependent variable, with trustworthiness, engagement, shared values or goals, care, and interpersonal relationship being influential to the decision to adopt new drugs among the physicians. As for the marketing mix, its multiple correlation coefficient (R) is 0.942, capable of predicting 88.6 percent of the dependent variable, with product, promotion, personnel, service process, and physical environment being influential to the decision to adopt new drugs among the physician s in question.

Keywords: relationship marketing, marketing mix, new drugs selection

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการตลาดคณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะการตลาดคณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

บทนำ

ในสภาพการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมาย ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มีผลต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติการณ์ หรือ โรคใหม่ๆ เกิดขึ้น ดังนั้น การป้องกันไม่ให้เกิดโรคถือว่าจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยสิ่งที่ขาดไม่ได้คือ “ยา” ซึ่งเป็นปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในปัจจุบันนวัตกรรม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการค้นคว้าพัฒนาสิ่งใหม่ๆ มีการพัฒนาการผลิตยาในรูปแบบใหม่ๆ บุคลากรทางการแพทย์หรือแพทย์ที่ทำการวินิจฉัยโรคชนิดต่างๆ ถือเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยให้เกิดวิธีการใหม่ๆ ซึ่งการที่แพทย์จะเลือกใช้ยาใหม่นั้นต้องทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับตัวยา คุณสมบัติของยา ส่วนประสมของยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษา และราคาเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ยาใหม่ ดังนั้น การนำเสนอรายละเอียดของนวัตกรรมยาใหม่ที่มีการวิจัยขึ้นเพื่อให้แพทย์ได้ทราบเป็นสิ่งสำคัญซึ่งเป็นหน้าที่ของบริษัทยาหรือผู้แทนยา อีกทั้งความต้องการบริโภคยาของโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นผลิตภัณฑ์ที่เป็นยาจำเป็นพื้นฐานและมีการสั่งจ่ายยาโดยแพทย์การจำหน่ายยาในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการจำหน่ายผ่านโรงพยาบาลรัฐและเอกชนมากกว่าร้านขายยา⁽¹⁻⁷⁾

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของการตลาดเชิงสัมพันธ์ และส่วนประสมการตลาดว่ามีอิทธิพลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์อย่างไร หน่วยงานภาครัฐ ผู้บริหาร โรงพยาบาล แพทย์ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการอบรม สัมมนา ให้ความรู้แก่แพทย์ เพื่อให้รับรู้อิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ อีกทั้งบริษัทยาหรือผู้แทนที่ทำการจำหน่ายยาจะได้ประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้เพื่อนำไปปรับและวางแผนการตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนวัตกรรมและการพัฒนาเทคโนโลยีในยุคปัจจุบันและตรงตามความต้องการของแพทย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยการตลาดเชิงสัมพันธ์ และส่วนประสมการตลาดที่มีต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สมมุติฐานการวิจัย

การตลาดเชิงสัมพันธ์ และส่วนประสมการตลาดมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการวิจัย คือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 12 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดสงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของเขตบริการสุขภาพที่ 12 โดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability Sampling) และใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) ขนาดของตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คำนวณจากสูตรกรณีทราบจำนวนประชากร ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยมีความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้น 5% ดังนั้น การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร Taro Yamane คำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตรกรณีทราบจำนวนประชากร กำหนดขนาดตัวอย่างแบบใช้สัดส่วนประชากร และสุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) แบบสอบถามทั้งหมด 322 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยแบ่งเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรศาสตร์ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ 12 ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ สถานะของแพทย์ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของแพทย์ ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการตลาดเชิงสัมพันธ์ โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านความผูกพัน ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน ด้านการ

เอาใจใส่ ด้านการสื่อสาร และด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตอนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับส่วนประสมการตลาดโดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านพนักงาน ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ตอนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทัศนคติ ด้านการคล้อยตาม อิทธิพลของครอบครัวข้าง ด้านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ด้านความตั้งใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การตลาดเชิงสัมพันธ์ และส่วนประสมการตลาดมีอิทธิพลต่อยังปัจจัย การเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้สถิติ (Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณการตลาดเชิงสัมพันธ์และส่วนประสมการตลาดมีอิทธิพลต่อยังปัจจัยการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Multiple Linear Regression Analysis

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของการตลาดเชิงสัมพันธ์และส่วนประสมการตลาด ส่งผลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม

ตัวแปรทำนาย	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0.967	0.936	0.933	0.121

A Prediction : (Constant), ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ,ด้านความผูกพัน,ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน, ด้านการเอาใจใส่ ,ด้านการสื่อสาร ,ด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน , ด้านผลิตภัณฑ์,ด้านราคา,ด้านการส่งเสริมการตลาด, ด้านพนักงาน,ด้านกระบวนการให้บริการ, ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการตลาดเชิงสัมพันธ์และส่วนประสมการตลาดโดยภาพรวมส่งผลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	0.672	0.105		6.406	0.000*
ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ	0.021	0.023	0.030	0.921	0.358
ด้านความผูกพัน	0.044	0.014	0.083	3.137	0.002*
ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน	-0.077	0.019	-0.098	-4.164	0.000*
ด้านการเอาใจใส่	-0.160	0.016	-0.187	-10.153	0.000*
ด้านการสื่อสาร	0.018	0.017	0.026	1.059	0.290
ด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน	0.045	0.014	0.080	3.311	0.001*
ด้านผลิตภัณฑ์	-0.173	0.034	-0.156	-5.036	0.000*
ด้านราคา	0.173	0.024	0.187	7.333	0.000*
ด้านการส่งเสริมการตลาด	0.126	0.014	0.176	9.152	0.000*
ด้านพนักงาน	-0.110	0.023	-0.136	-4.762	0.000*
ด้านกระบวนการให้บริการ	0.540	0.040	0.499	13.620	0.000*

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการตลาดเชิงสัมพันธ์และส่วนประสมการตลาดโดยภาพรวมส่งผลต่อการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	0.399	0.030	0.491	13.258	0.000*

A Dependent Variable : การเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

จากตาราง 1 และ 2 พบว่า การตลาดเชิงสัมพันธ์ ด้านความผูกพัน (X_2) ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน (X_3) ด้านการเอาใจใส่ (X_4) ด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (X_5) และ ส่วนประสมการตลาด ด้านผลิตภัณฑ์ (P_1) ด้านราคา (P_2) ด้านการส่งเสริมการตลาด (P_3) ด้านพนักงาน (P_4) ด้านกระบวนการให้บริการ (P_5) และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (P_6) พบว่า มีอิทธิพลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม (\hat{Y}_i) และสามารถรวมพยากรณ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม ได้ร้อยละ 93.3 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.967 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

$$\text{จากสมการพยากรณ์ } \hat{Y}_i = 0.672 + 0.044 X_2 + (-0.077)X_3 + (-0.160)X_4 + 0.045X_5 + (-0.173)P_1 + 0.173P_2 + 0.126P_3 + (-0.110)P_4 + 0.540P_5 + 0.399P_6$$

การตลาดเชิงสัมพันธ์ ด้านความผูกพัน (X_2) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.044

การตลาดเชิงสัมพันธ์ ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน (X_3) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม ลดลง ร้อยละ 0.077

การตลาดเชิงสัมพันธ์ ด้านการเอาใจใส่ (X_4) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม ลดลง ร้อยละ 0.160

การตลาดเชิงสัมพันธ์ ด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (X_5) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภาพรวม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.045

ส่วนประสมการตลาด ด้านผลิตภัณฑ์ (P_1) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม ลดลง ร้อยละ 0.173

ส่วนประสมการตลาด ด้านราคา (P_2) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.173

ส่วนประสมการตลาด ด้านการส่งเสริมการตลาด (P_3) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.126

ส่วนประสมการตลาด ด้านพนักงาน (P_4) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม ลดลง ร้อยละ 0.110

ส่วนประสมการตลาด ด้านกระบวนการให้บริการ (P_5) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.540

ส่วนประสมการตลาด ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (P_6) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 จะส่งผลต่อปัจจัยการเลือกไข้ยาใหม่ของผู้ป่วยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.399

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณปัจจัยการตลาดเชิงสัมพันธ์ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การตลาดเชิงสัมพันธ์ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านความผูกพัน ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน ด้านการเอาใจใส่ ด้านการสื่อสาร ด้านความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และปัจจัยส่วนประสมการตลาดทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านราคา ด้านการส่งเสริมการตลาด ด้านพนักงาน ด้านกระบวนการให้บริการ และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า มีอิทธิพลต่อปัจจัยการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยรวมทั้ง 4 ด้าน^(8,9) ซึ่งสอดคล้องกับ สุพิมพา เบลูจรัตน์านนท์ (2557)⁽⁸⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการตลาดเชิงสัมพันธ์กับการส่งเสริมการตลาดและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการสื่อสาร ด้านค่านิยมหรือเป้าหมายร่วมกัน ด้านประชาสัมพันธ์ สามารถรวมพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 50.60 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ 0.719 ($R=0.719$) มีค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.419 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้

1. เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานภาครัฐ จึงมีเงื่อนไขและข้อจำกัดหลายอย่างเกี่ยวกับการนำเสนอขายใหม่เข้าโรงพยาบาล อีกทั้งสถานพยาบาลต่างๆ

ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดแนวทางและนำหลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายในประเทศไทยมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางและกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยาในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการจัดระบบยา การจัดซื้อยาที่โปร่งใส ระบบการคัดเลือกบริษัทผู้ผลิตและผู้จำหน่าย รวมถึงการปฏิสัมพันธ์กับบริษัทและผู้แทนยาอย่างเหมาะสม ดังนั้น บริษัทยาหรือผู้แทนยา ที่จะจำหน่ายยาให้กับโรงพยาบาลหน่วยงานภาครัฐศึกษากฎระเบียบและหลักเกณฑ์ของโรงพยาบาลนั้นๆ เพื่อวางแผนการตลาดในการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการขายให้สอดคล้องกับโรงพยาบาลนั้นไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม การให้ข้อมูลหรือนำเสนอขาย การแจกยาตัวอย่างให้แก่บุคคลเพื่อความคุ้นเคย การให้ของแถม การสนับสนุนการจัดประชุมวิชาการ ทุกอย่างที่กำลังกล่าวมาล้วนแต่เป็นข้อจำกัดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลภาครัฐ แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดสำหรับแพทย์ในการที่จะตั้งยานั้นนอกจากตัวยาที่ให้ประสิทธิผลในการรักษานั้น ความน่าเชื่อถือของบริษัทยาหรือผู้แทนยาก็มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจ

2. จากผลการวิจัยในส่วนของการตลาดเชิงสัมพันธ์และส่วนประสมการตลาด มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ ผู้บริหาร โรงพยาบาล แพทย์ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการอบรม สัมมนา ให้ความรู้แก่แพทย์ เพื่อให้รับรู้อิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อการตัดสินใจเลือกใช้ยาใหม่ของแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐา วัฒนโรจนกิจ. ส่วนประสมการตลาดที่มีผลต่อแพทย์ในการสั่งใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารในอำเภอเชียงใหม่ การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทบัณฑิต,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.
2. ธนุช จำปาทิพย์, ปรชัญ โชคสวัสดิ์ไพศาล,ปิยวดี ชีรอกิตติกัลกุล (2550) ปัจจัยการส่งเสริมการตลาดที่แพทย์ให้ความสำคัญในการสั่งใช้ยา การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทบัณฑิต ,มหาวิทยาลัยย่นเรศวร, 2550.
3. ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. การบริหารการตลาดยุคใหม่ กรุงเทพ โรงพิมพ์ : ธรรมสาร, 2546.
4. เสรี วงษ์มณฑา. การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค กรุงเทพ ฯ: ซีรฟิ์มและไซเท็กซ์, 2542.
5. Ajzen, I . “The the of Planned Behavior ” *Organizational Behavior & Human Descion Process*, 1991.
6. Fishbein and Ajzen. *Belief,Attitude,Intention,and Behavior : An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley,Reading,MA, 1995.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

7. Hougaard, S. and M. Bjerre. **Strategic Relationship Marketing**. Heidelberg, Germany : Springer- Verlag, 2003.
8. สุพิมพา เบญจรัตน์านนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างการตลาดเชิงสัมพันธ์กับการส่งเสริมการตลาดและ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกซื้อใหม่ของแพทย์ในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2557.
9. เอกรัฐ วิทิตกพัทธ์ , ปัจจัยทางด้านส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการสั่งจ่ายไขมันในเลือดของแพทย์ประจำโรงพยาบาลในเขตอำเภอจังหวัดเชียงใหม่ การค้นคว้าอิสระ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2543.

การพัฒนาพลังอำนาจชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์
The Development of Community Empowerment in Social Welfare Encouragement
for Ageing in Uttaradit Province

ศรัณยู เรือนจันทร์¹, จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์¹, กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ¹

Saranyoo Ruanjan, Jakkrit Pinyaphong, Kittiwann Junrith

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ พัฒนากลไกการสนับสนุนสวัสดิการสังคมระหว่างภาครัฐกับชุมชน และประเมินประสิทธิผลการจัดระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่ตำบลป่าเซ่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ กรรมการชมรมผู้สูงอายุ กรรมการกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกสภาเทศบาล คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกความพร้อมชุมชน แบบบันทึกการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบทดสอบเรียนวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนได้รับรู้และนำข้อมูลศักยภาพความพร้อมของชุมชนไปวางแผนการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ออกแบบวิธีการ และลงมือปฏิบัติในลักษณะเครือข่ายการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทำให้ได้รูปแบบของวิธีการทำงาน 2 วิธี ที่เหมาะสมกับชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพแกนนำ/กลุ่มเครือข่ายในชุมชน และการเสริมสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ โดยกระบวนการพัฒนาทำให้ชุมชนเกิดพลังจัดการตนเองที่ประกอบด้วย (1) พลังกลุ่มและเครือข่าย (2) พลังจิตอาสา (3) พลังปัญญา และ (4) พลังเสริมหนุนที่ทำให้ชุมชนทำบทบาทหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ

คำสำคัญ: พลังอำนาจชุมชน, สวัสดิการสังคม, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The purposes of this participatory action research were: 1. to develop a proceed of community empowerment in social welfare encouragement for ageing. 2. to develop mechanisms to support social welfare between the public and the community. 3. to assess the effectiveness of the social welfare system for ageing in the community of Pasaou Sub-district, Muang District, Uttaradit Province. 120 samples specifically selected by characteristics and roles in the community. Selectively Tools used include: community readiness record, participatory observation notes, in-depth interview, group discussion and the lesson. Analyze data by content analysis. The results showed that the community is aware of the potential and readiness of the community to plan the implementation of social welfare for the elderly, design method and act in a network of operations and have method in two ways suitable for the community, consists of method 1, the development of leadership / network in the community. and 2 ways to strengthen the area. The process of developing community empowerment consists of (1) the power, the group and the network; (2) the volunteer spirit; (3) the intellectual power; and (4) the empowerment that enables the community to fulfill its full potential.

Keywords: community empowerment, social welfare, ageing

¹ อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

บทนำ

การจัดระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีช่องว่างเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน ทำให้งานสวัสดิการผู้สูงอายุยังไม่ครบถ้วนและต้องการการพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด⁽¹⁾ นอกจากนี้ การจัดบริการที่ภาคประชาชนไม่มีส่วนร่วมทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือ ชุมชนขาดความพร้อมเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้ อีกทั้ง การสร้างเสริมสุขภาพเป็นลักษณะเชิงรับ ยังเข้าไม่ถึงครอบครัว ขาดการส่งเสริมค่านิยมเรื่องความกตัญญูทดแทนในสังคม และขาดการเตรียมพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทำให้มีผลเกิดความขัดแย้งในครอบครัว รวมถึงผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบไม่มีหลักประกันรายได้ ทำให้มีปัญหาการออมในวัยสูงอายุ⁽²⁾

จังหวัดอุดรธานีตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 12 ปี จากสถิติ ในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน 57,239 คน เพิ่มขึ้นเป็น 82,491 คน ในปี พ.ศ. 2558 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 44.12 และเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด พบว่าเป็นประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 17.94 อีกทั้ง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปยังต้องทำงานมีเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 0.73 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.66 ในปี พ.ศ. 2557 และ ร้อยละ 9.26 ในปี พ.ศ. 2558⁽³⁾ นอกจากนี้ ปัญหาและความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ พบเกี่ยวกับปัญหาภาวะสุขภาพทางกายจากการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการไม่มีรายได้ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม การมีสถานที่ในการทำกิจกรรมและได้รับการดูแลจากชุมชน รวมถึงต้องการด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินสำหรับการใช้บริการสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐบาลจัดให้ผู้สูงอายุนั้น พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 74 ได้รับเบี้ยยังชีพจากราชการ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุนอกเขตเทศบาลได้รับเบี้ยยังชีพจากราชการมากกว่าในเขตเทศบาล(ร้อยละ 79.4 และร้อยละ

54.4) ส่วนการใช้บริการสวัสดิการเรื่องอื่นๆ นั้นร้อยละ 69.6 มีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.2 ใช้บริการโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 42.2 ใช้บริการโครงการนี้มากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ใช้บริการเพียงร้อยละ 23.5 ส่วนเรื่องความต้องการที่ให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มจากที่มีอยู่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์การดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแล การจัดบริการตามบ้านเพื่อช่วยผู้สูงอายุในการดำรงชีพ และจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำ มีรายได้ และผู้สูงอายुर้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง นอกจากนี้ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ขาดการดูแล และส่งเสริมด้านสุขภาพอนามัย มีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ ขาดความรักความอบอุ่น และการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน มีปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมในสังคม⁽⁴⁾

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนถึง สัดส่วนและจำนวนของประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้จังหวัดอุดรธานีต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาและจัดการในด้านต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จากการค้าดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีแนวทางการดำเนินงานจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุในเชิงนโยบาย และรวมถึงแนวทางการปฏิบัติ แต่ยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมดและยังไม่สามารถกระจายได้ทั่วถึงและที่สำคัญยังขาดความสามารถในการจัดบริการสวัสดิการสังคมของภาคประชาชน โดยเฉพาะขาดการพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็งในการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ไม่ปรับบทบาทจากผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้อำนวยความสะดวก การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบสวัสดิการและทำงานเป็นเครือข่ายยังไม่มีประสิทธิผลและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดหนึ่งที่มีความจำเป็นในพัฒนาสุขภาพ

ของชุมชนให้สามารถดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ คือแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นกระบวนการการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการใช้ความรู้ความสามารถ ควบคุมและจัดการตลอดจน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่เหมาะสมต่อตนเอง จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพลังอำนาจของชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับกลไกการสนับสนุนสวัสดิการสังคมจากภาครัฐ และขับเคลื่อนในเชิงนโยบายสาธารณะของชุมชน เพื่อเป็นองค์ความรู้ที่เอื้อต่อการส่งเสริมและพัฒนากระบวนการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองซึ่งจะทำให้เกิดสังคมผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและเป็นสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนากลไกการสนับสนุนสวัสดิการสังคมระหว่างภาครัฐกับชุมชน
3. เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพ ผลการ จัดระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของชุมชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research :PAR) เป็นงานวิจัยที่เริ่มต้นจากชุมชน สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ และมีนักวิจัยภายนอก ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้กระบวนการวิจัยบังเกิดผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย⁽⁶⁾ มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาศักยภาพการดำเนินงานสวัสดิการสังคม

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาศักยภาพการดำเนินงานสวัสดิการสังคมที่อยู่ในระดับความพร้อมน้อย ระดับความพร้อมขั้นพื้นฐาน และระดับความพร้อมขั้นเข้าสู่การพัฒนาจากข้อมูล ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอกระบวนการที่ได้มาของข้อมูลและระดับความพร้อมของชุมชนในการดำเนินงานจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ต่อที่ประชุมให้รับทราบ

2. ที่ประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น

ระยะที่ 2 การพัฒนาพลังอำนาจชุมชน ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการดำเนินงานจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยใช้การประชุม และอบรมเชิงปฏิบัติการ ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม โดยนำข้อมูลจากการศึกษาปัญหาในการวิจัยระยะที่หนึ่ง มา วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญเพื่อนำไปวางแผน โดยการจำแนกปัญหาและรวบรวมข้อมูล กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และความสามารถของกลุ่มคนในชุมชนโดยการใช้วิธีการที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักและให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุน ช่วยเหลือให้ดูแลตนเอง โดยการจัดอบรมแกนนำ เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ และจัดทำแผนปฏิบัติการ (จัดเตรียมแผนทางเลือก เลือกทางเลือกที่ต้องการ นำเสนอแผน) โดยใช้เทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) และ SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunity and Threats) ขั้นตอนนี้ ปฏิบัติเพื่อเป็นการกำหนดโครงการของชุมชน ศึกษาความเป็นไปได้ของแผนงาน แสวงหางบประมาณและหน่วยงานที่สนับสนุน และร่วมกันวางแผนเพื่อติดตาม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ประเมินผล โดยเชิญ “แกนนำนักพัฒนา” เข้าร่วมให้คำปรึกษาและเสนอแนะ และปรับปรุงแผนงานโครงการ

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนากลุ่มผู้นำและสมาชิกให้มีความสามารถในการดูแล ป้องกันแก้ไข โดยการกระตุ้นให้นำแผนไปปฏิบัติ โดยการประชุม ปรึกษาหารือ แนวทางการนำไปปฏิบัติ และถอดบทเรียนแบบมีส่วนร่วม โดยมีวิธีการดังนี้

1. แบ่งโครงการ/กิจกรรมที่ประชาชนจะดำเนินการเองตามกลุ่มผู้สนใจ โดยตั้งทีมงานรับผิดชอบโครงการ/กิจกรรมเป็นทีมๆ ไป แต่ละทีมทบทวนยุทธศาสตร์และกิจกรรมให้ละเอียดกำหนดตารางเวลา ระดมทรัพยากรมาใช้ดำเนินการทั้งในและนอกชุมชน

2. จัดกิจกรรมถอดบทเรียนร่วมกัน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ภายหลังจากแต่ละทีมนำไปปฏิบัติตามบทบาทของสมาชิกแต่ละคนในทีมและปรับแผนและกิจกรรมเป็นระยะๆ จนได้โครงการที่สมบูรณ์ ในระยะนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รวม 16 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ

1. จัดตั้งทีมงานติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของหมู่บ้านขึ้นมา

ติดตามการดำเนินงานของฝ่ายปฏิบัติทุกระยะ โดยเลือกจากแกนนำหลักและคนในหมู่บ้าน และ

จัดกิจกรรมถอดบทเรียนร่วมกัน

2. การประเมินผล แบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วนคือ

- 2.1 ประเมินขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน

โดยประเมินจากกิจกรรมและค้นหาข้อจำกัดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้การสังเกตในทุกรอบของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทุก 4 สัปดาห์ และจัดสนทนากลุ่มประเมินพลังอำนาจชุมชนหลังจัดกระบวนการ

- 2.2 ประเมินขั้นตอนกระบวนการวางแผนที่ครอบคลุมหลายด้านอย่างเป็นเหตุเป็นผลโดยประเมินผลกระทบของแผนต่อสถานการณ์และความพร้อมของ

ชุมชนที่ผ่านกระบวนการแต่ละขั้นของกระบวนการ และการถอดบทเรียน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ มุ่งศึกษาเชิงคุณภาพในชุมชน 8 ชุมชนของตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่มีศักยภาพการดำเนินงานสวัสดิการสังคมอยู่ในระดับความพร้อมน้อย ระดับความพร้อมขั้นพื้นฐาน และระดับความพร้อมขั้นเข้าสู่การพัฒนา โดยดำเนินการจัดการในระดับองค์กรหรือกลุ่ม (Organizational Management Level) เป็นหลัก ประชากรคือกลุ่มคนที่มิพบทบทวนหน้าที่ในกิจกรรมการป้องกัน และแก้ไข ปัญหา ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสล.) กรรมการชมรมผู้สูงอายุ กรรมการกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกสภาเทศบาลตำบล (สท.) จำนวน 280 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ชุมชนละ 15 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 1 คน กรรมการชมรมผู้สูงอายุ 3 คน กรรมการกลุ่มแม่บ้าน 3 คน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 คน รวม 8 ชุมชน จำนวน 120 คน เกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ คือ เป็นผู้ที่อ่านออกเขียนได้ พุดคุยและสนทนารู้เรื่อง ไม่เป็นผู้พิการทางสายตา อาศัยอยู่ในพื้นที่มาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี และไม่มีแผนการที่จะย้ายออกจากพื้นที่ ตลอดจนยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการวิจัยได้

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร และได้รับการรับรองโครงการวิจัย เลขที่ RREC No. 001/60 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ศึกษา ระยะที่ 1 ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับศักยภาพการดำเนินงานสวัสดิการสังคมในพื้นที่ ได้แก่

1.1 แบบบันทึกเพื่อวิเคราะห์ความพร้อมของชุมชนในการดำเนินงานจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

1.2 บันทึกการประชุมประชาคม หรือเวทีชุมชน

2. เครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ศึกษา ระยะที่ 2 ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 บันทึกการประชุมประชาคม หรือเวทีชุมชน ในขั้นตอนการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (ขั้นตอนที่ 1)

2.2 แบบบันทึกการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และบันทึกการประชุม ในขั้นตอนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ขั้นตอนที่ 2)

2.3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในขั้นตอนการจัดทำแผนปฏิบัติการ และลงมือปฏิบัติงานตามแผน (ขั้นตอนที่ 3 และ 4)

3. เครื่องมือวิจัยชุดที่ 3 เป็นเครื่องมือที่ใช้ศึกษา ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบถอดบทเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัย ได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) โดยการหาค่า IOC และทำการปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล ตามความมุ่งหมายของการวิจัย โดยการเขียนแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) แล้วใช้เป็นข้อมูลสรุป

2. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบ 3 เสา (Methodological Triangulation) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้วิธี Investigates Triangulation โดยการนำข้อมูลกลับไปให้

ผู้ให้ข้อมูลอ่าน หรือกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลซ้ำอีก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง

ผลการวิจัย

1. ศักยภาพการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน

การดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ามีความพร้อมเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมใน 7 ด้าน คือ 1)ด้านพัฒนานโยบายสาธารณะที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนขาดการจัดการเกี่ยวกับการระดมทุน ขาดกำลังคนที่เป็นอาสาสมัครเพื่อทำงานเชิงรุกให้เพียงพอ และยังไม่มึธรรมนูญเพื่อสุขภาพ 2)ด้านระบบข้อมูล ชุมชนขาดจัดการและส่งต่อข้อมูลระหว่างเทศบาลและ รพ.สต กับชุมชน ขาดการนำข้อมูลมาวางแผนทำงานให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม และความไม่ครบถ้วนของข้อมูล เช่น สิทธิ /การบันทึกในสมุดสุขภาพ 3)ด้านระบบบริการสุขภาพพื้นฐาน ชุมชนมีกิจกรรมดูแลสุขภาพ แต่ยังไม่ครอบคลุม ขาดพื้นที่ศูนย์รวม การจัดกิจกรรมสุขภาพ ขาดการสืบทอควมมีปัญหาท้องถิ่นคิดพัฒนาธรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพกาย ใจ สังคม และขาดการขยายผลกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 4)ด้านการพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัคร ชุมชนมีกลุ่มแกนนำ มีชมรมผู้สูงอายุแต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งตำบล ขาดการวางระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ขาดกำลังคนด้านอาสาสมัครหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 5)ด้านการเปิดพื้นที่สาธารณะ/พื้นที่ทางสังคมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุมชนขาดพื้นที่ทำกิจกรรมที่เป็นศูนย์รวมทั้งตำบล และขาดกำลังคนด้านอาสาสมัคร/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6)ด้านสวัสดิการ ชุมชน ชุมชนขาดการจัดการระบบกองทุนต่างๆ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุ และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม 7)ด้านการปรับสภาพแวดล้อม ชุมชนขาดการสำรวจ และนำส่งข้อมูลสภาพครัวเรือน

2. การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนและกลไกการสนับสนุนสวัสดิการสังคมระหว่างภาครัฐกับชุมชน

การพัฒนากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนที่ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ชุมชน 2) การเสริมสร้างความรู้ ความตระหนักและความสามารถของกลุ่ม 3) การสร้างทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุนช่วยเหลือและดูแลตนเอง และ 4) การพัฒนากลุ่มผู้นำและสมาชิก ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนได้ดำเนินการร่วมกับการพัฒนากลไกการสนับสนุนสวัสดิการสังคมระหว่างภาครัฐกับชุมชน ใช้การจัดการในลักษณะ บูรณาการการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งในและนอกพื้นที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาในเชิงรุกได้บทเรียนการพัฒนา ดังนี้

2.1 ชุมชนได้รับรู้และนำข้อมูลศักยภาพความพร้อมของชุมชนไปวางแผนการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ออกแบบวิธีการ และลงมือปฏิบัติในลักษณะเครือข่ายการดำเนินงานใน 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพัฒนาโยบายสาธารณะที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ได้กำหนดเป็นนโยบายของตำบลเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ 2) ด้านระบบข้อมูล ชุมชนได้จัดการและส่งต่อข้อมูลระหว่างเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับชุมชน นำข้อมูลมาวางแผนทำงาน ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม โดยมีคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์สร้างร่วมมือกับเทศบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำระบบฐานข้อมูลนวัตกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการติดตามสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางสำหรับตำบล 3) ด้านระบบบริการสุขภาพพื้นฐาน ชุมชนได้พัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกิจกรรมสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุ โดยสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในระดับตำบลขึ้นร่วมกับคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ที่ได้ดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้วยกระบวนการพันธกิจสัมพันธ์ร่วมกับพื้นที่ 4) ด้านการพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำ ชุมชนผู้สูงอายุและอาสาสมัคร ชุมชนได้อบรมกลุ่มแกนนำเพื่อเป็น

อาสาสมัครหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยร่วมมือกับคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้วยกระบวนการพันธกิจสัมพันธ์ เพิ่มแกนนำอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุหนุนเสริมกลุ่มแกนนำนิรชราและชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ให้ครอบคลุมการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น 5) ด้านการเปิดพื้นที่สาธารณะหรือพื้นที่ทางสังคมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชุมชนได้พัฒนาพื้นที่ทำกิจกรรมให้เป็นศูนย์รวมทั้งตำบล โดยมีพื้นที่เรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของตำบลป่าเช่า โดยใช้งบประมาณตำบลป่าเช่าในการปรับปรุงอาคารและงบจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับทำกิจกรรมเสริมสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุ เชื่อมโยงต่อยอดกับทุนชุมชนที่มีอยู่ คือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ และศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน ที่เป็นกลุ่มทางสังคมที่มีศักยภาพในการร่วมดูแล เฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาของครอบครัวและผู้สูงอายุในชุมชน 6) ด้านสวัสดิการชุมชน ชุมชนได้จัดการระบบกองทุนต่างๆ ในชุมชนเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุ และการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยระดมทรัพยากรเพิ่มเติมระเบียบกฎเกณฑ์การใช้เงินเพื่อสนับสนุนและพัฒนาการทำงานสำหรับผู้สูงอายุจากกองทุนที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ กองทุนสวัสดิการชุมชน กลุ่มนี้จะออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนหมู่บ้าน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล กองทุนชมรมผู้สูงอายุ และกองทุนสูงวัยใส่ใจสิ่งแวดล้อม 7) ด้านการปรับสภาพแวดล้อม ชุมชนได้ปรับพื้นที่บริการสาธารณะให้เอื้อต่อการบริการผู้สูงอายุ ได้แก่ ปรับสภาพห้องน้ำในวัดแบบชักโครก และมีราวจับ จัดโซนพื้นที่เก้าอี้นั่งในวัดสำหรับผู้สูงอายุ เพิ่มเติมจากหน่วยงานราชการที่ได้ดำเนินการอยู่แล้ว และมีรถยนต์เคลื่อนที่เร็วสำหรับผู้สูงอายุไว้บริการชุมชน

2.2 ชุมชนกับภาคีเครือข่ายสร้างความร่วมมือจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่ดำเนินงาน โดยชุมชนขับเคลื่อนงานผ่านคณะทำงานตามกระบวนการพัฒนาพลังอำนาจชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคม

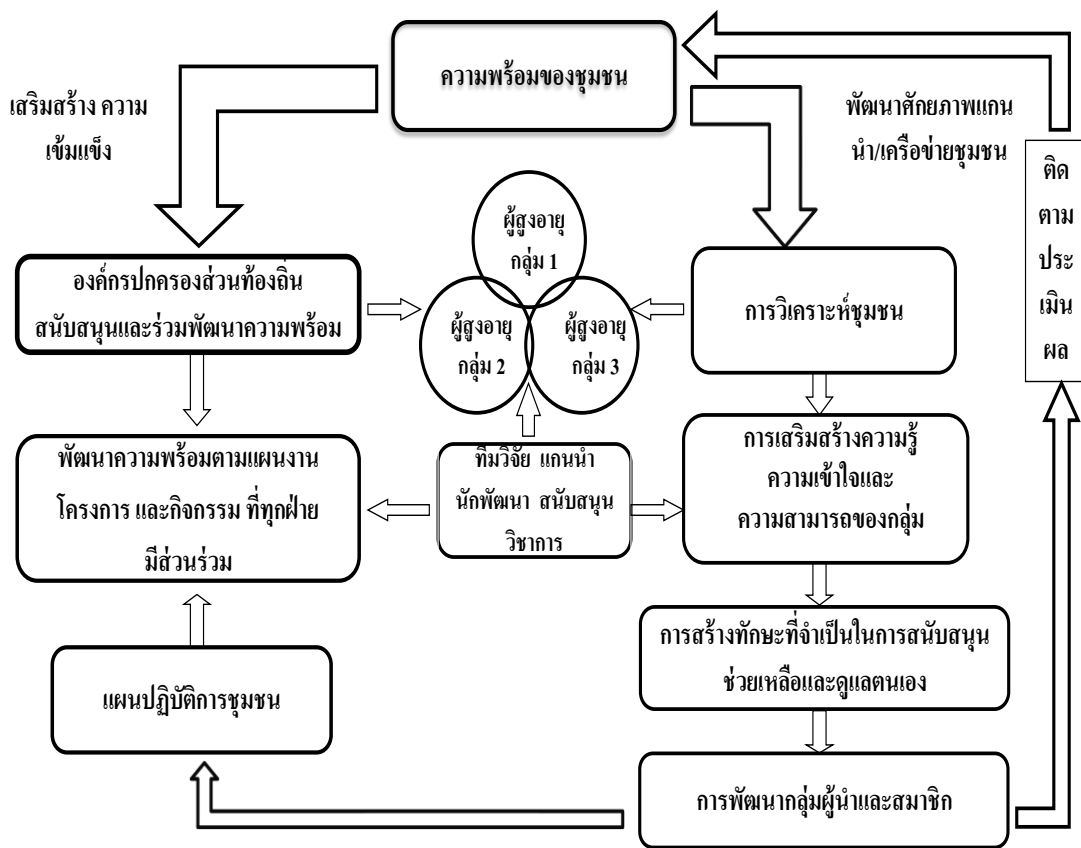
ผู้สูงอายุ ทำให้ได้รูปแบบของกระบวนการพัฒนาพลังอำนาจชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชนซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีการทำงาน 2 วิธี ที่เหมาะสมกับชุมชน คือ

2.2.1 การพัฒนาศักยภาพแกนนำ/กลุ่มเครือข่ายในชุมชน โดยพัฒนาใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม 2) การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและความสามารถของกลุ่ม 3) การสร้าง

ทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุนช่วยเหลือและดูแลตนเอง และ 4) การพัฒนากลุ่มผู้นำและสมาชิก

2.2.2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ โดยสร้างความร่วมมือกับเทศบาลตำบลป่าเขาเพื่อสนับสนุนและร่วมพัฒนาความพร้อมในการจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน เกิดโครงการ และกิจกรรม ที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม

กระบวนการพัฒนาพลังอำนาจชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ



3. การประเมินประสิทธิผลการจัดระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของชุมชน

จากการประเมินพลังอำนาจของชุมชนใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย ความสามารถในการประเมินปัญหา ความสามารถในการควบคุม จัดการกิจกรรม และการระดมทรัพยากร ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาทำให้องค์กรชุมชน

สนับสนุนและดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจุดเริ่มต้นเกิดจากผู้นำชุมชนและแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน ใช้ความมุ่งมั่นและจริงจังในการดำเนินการ มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ ความสามารถ เข้าใจชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ดำเนินการเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมร่วมกัน โดยให้ชุมชนเป็นผู้คิดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

วัฒนธรรมหรือปัญหาของคนในชุมชน ให้ความช่วยเหลือกรณีผู้สูงอายุไม่มีลูกหลานหรือมีปัญหา รวมทั้งสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทหรือศักยภาพหรือภูมิปัญญาต่อชุมชน ชุมชนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและแหล่งให้ข้อมูลข่าวสาร และอีกประการหนึ่ง คือ เทศบาลตำบล ได้จัดทำแผนงาน โครงการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้เพียงพอ ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน ส่งผลให้การดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชนประสบผลสำเร็จด้วย โดยบทเรียนสำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่

- 1) การต้องเตรียมคนในชุมชนตั้งแต่ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ และประชาชนในชุมชน ให้มีศักยภาพ มีความรู้ความเข้าใจควบคู่ไปกับการมีคุณธรรม จริยธรรม มีวัฒนธรรมประเพณีอันดีงาม มีความมุ่งมั่นอดทน จริงใจ ที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ
- 2) การเพิ่มผู้มีส่วนร่วมของชุมชน ในการมีจิตอาสาค้นหาผู้สูงอายุ ค้นหาข้อมูลผู้สูงอายุที่แยกตามกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองได้ เพื่อนำผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีฐานะการเงินที่จะช่วยตัวเองได้ มาร่วมเป็นผู้ดำเนินงาน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้บ้าง ให้ร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น และกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้น้อย หรือผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่มีคนดูแล ได้นำมาวางแผนการดูแลที่เหมาะสม
- 3) การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ยั่งยืนและเป็นวัฒนธรรมที่ดีงาม โดยเน้นการใช้จิตอาสาเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการดำเนินงานในชุมชน

จากผลการพัฒนาพลังอำนาจชุมชน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชน คือ เทศบาลตำบลป่าเต็งรัง ได้เพิ่มขีดความสามารถของพื้นที่ โดยพัฒนาตำบลป่าเต็งรังเป็น “ศูนย์เรียนรู้การส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ” ซึ่งมีความพร้อมในการทำหน้าที่สร้างการเรียนรู้ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งอื่น มีการดำเนินงานในกิจกรรมหลักปี 2561 ถึง 2562 ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาศักยภาพชุมชน กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาระบบบริการ กิจกรรมที่ 4 การจัดตั้งกองทุนหรือจัดให้มี

สวัสดิการช่วยเหลือกัน กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ไข/จัดการปัญหาผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ 6 การมีกฎ ระเบียบ แนวปฏิบัติเพื่อหนุนเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น โดยมีการทำงานแบบเครือข่ายบูรณาการเชิงพื้นที่ที่สนองต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาตำบลของตำบลป่าเต็งรัง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบ 4 พลังจัดการตนเอง ประกอบด้วย

1. พลังกลุ่มและเครือข่าย เกิดจากการทำงานของกลุ่มนิรชรา ชมรมผู้สูงอายุ สภาผู้นำชุมชน กลุ่มแกนนำด้านอาชีพ ศูนย์พัฒนาครอบครัวฯ เครือข่ายครอบครัวอบอุ่น เครือข่ายบริการสุขภาพตำบล และเครือข่ายวิชาการ ซึ่งได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรดิตถ์ และ สำนักงานการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย(กศน.)

2. พลังจิตอาสา เกิดจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ(อผส.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ(care giver)

3. พลังปัญญา เกิดจากการทำงานเสริมสร้างการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตำบลป่าเต็งรัง โดยการจัดตั้ง “วิทยานิรชรา” ของตำบลขึ้น เพื่อมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินงานโดยเครือข่ายในชุมชนเข้ามา มีบทบาทและจัดกิจกรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้ ที่มีเป้าหมาย 3 ประการ คือ ประการแรก จัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นให้พร้อมที่จะถ่ายทอดสู่ลูกหลานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ประการที่สอง พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยใช้ภูมิปัญญาเป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืน และประการที่สาม ทำความดีช่วยเหลือสังคม เพิ่มคุณค่าให้ตนเอง ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมด้านสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม 2) กิจกรรมด้านดนตรี 3) กิจกรรมด้านสุขภาพ 4) กิจกรรมด้านคอมพิวเตอร์ 5) กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ และ 6) กิจกรรมด้านกฎหมาย

4. พลังเสริมหนุน เกิดจากการทำงานด้านการพัฒนา กลไกบริหารจัดการของพื้นที่ ในรูปของคณะทำงาน การจัดการข้อมูล การจัดการความรู้และแหล่ง

เรียนรู้ การระดมทุนเพื่อสวัสดิการและหลักประกันความมั่นคงในชุมชน

การดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่ตำบลป่าเข่า ได้ใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ด้วยกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการตนเองที่มีการเสริมพลังความร่วมมือให้ทำบทบาทหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ

สรุปและอภิปรายผล

1. ศักยภาพการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชน พบว่า การระดมทุนในพื้นที่เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับกลุ่มผู้สูงอายุยังดำเนินการได้ไม่เต็มที่ ไม่มีการจัดตั้งกองทุนสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง ถึงแม้ว่าในพื้นที่มีทุนชุมชนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน อาทิ กองทุนสวัสดิการชุมชน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กองทุนหมู่บ้าน กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล(สปสช.) ชมรมผู้สูงอายุ และกองทุนสูงวัยใส่ใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้และใช้ได้สำหรับสมาชิกเท่านั้น ไม่มีกฎระเบียบในการนำมูลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ในทางตรง จึงมีเพียงการจ่ายเบี้ยยังชีพเท่านั้นที่ครอบคลุมผู้สูงอายุแต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีพซึ่งสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นตรงกับพื้นที่อื่นที่พบว่าทำให้เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นได้⁽⁷⁾ การขาดกำลังคนด้านอาสาสมัครหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีชมรมผู้สูงอายุแต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งตำบล อาสาสมัครที่ทำงานเชิงรุกไม่เพียงพอ เป็นปัญหาที่พบในพื้นที่อีกประการหนึ่ง พื้นที่ที่มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขเพียง 6 คนเท่านั้น และอาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง จึงเป็นประเด็นที่ชุมชนต้องการพัฒนาอาสาสมัครจิตอาสาให้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การที่บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ เป็นปัญหาและอุปสรรคในการบริหารงานผู้สูงอายุอย่างมา การให้อาสาสมัครสาธารณสุขเพียงกลุ่มเดียวดูแลผู้สูงอายุ

ให้ทั่วถึงและครอบคลุมนั้น ไม่สามารถทำได้ จำเป็นต้องขยายผลโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพื้นที่⁽⁸⁾ และให้ระบุไว้ในแผนชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างชัดเจนเพื่อนำสู่การปฏิบัติในชุมชนได้นอกจากนี้ การเสนอให้ขยายเกณฑ์การสมัครเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยให้เริ่มตั้งแต่อายุ 55 ปี เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ต้องการกำลังคนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำที่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจให้เท่าทันกับสถานการณ์ในสังคมปัจจุบัน แต่ต้องสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทุนต่างๆ รวมไปถึงการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิต⁽⁹⁾

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนและพัฒนากลไกการสนับสนุนสวัสดิการสังคมระหว่างภาครัฐกับชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนได้รับรู้และนำข้อมูลศักยภาพของชุมชนไปวางแผนการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ออกแบบวิธีการ และลงมือปฏิบัติในลักษณะเครือข่ายการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กงคช.ถูกแผน (2552)⁽¹⁰⁾ ที่ว่า การใช้ชุมชนรับรู้ว่าสารพร้อมกับการหาแนวทางกระจายข้อมูลข่าวสารช่วยให้ชุมชนมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดำเนินงานได้ดีขึ้น รวมไปถึงซึ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการดำเนินงานที่กระทำพร้อมกับการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองอย่างง่ายสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ปัญหาไปพร้อมกับการปฏิบัติตนให้เกิดพฤติกรรมที่ดีได้ ทำให้ได้รูปแบบของกระบวนการพัฒนาพลังอำนาจชุมชนในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีการทำงาน 2 วิธี ที่เหมาะสมกับชุมชน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพแกนนำ/กลุ่มเครือข่ายในชุมชน โดยพัฒนาใน 4 ด้าน ได้แก่ การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและความสามารถของกลุ่ม การสร้างทักษะที่จำเป็นในการสนับสนุนช่วยเหลือและดูแลตนเอง และการพัฒนากลุ่มผู้นำและสมาชิก 2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ โดยสร้างความร่วมมือกับเทศบาลตำบลป่าเข่าเพื่อสนับสนุนและ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ร่วมพัฒนาความพร้อมในการจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน เกิดโครงการ และกิจกรรม ที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ซึ่งแสดงว่าแนวทางและวิธีการดำเนินงานยังต้องอาศัยความร่วมมือในการเสริมสร้างพลังชุมชนให้มีความรู้และเกิดการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจที่พบว่า การค้นพบและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง การสร้างความตระหนักและความเชื่อมั่น และการสร้างความรู้สึกร่วมกัน ทำให้มีพลังอำนาจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อีกทั้งการนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมนำมาใช้ตั้งแต่การศึกษาข้อมูล การวิเคราะห์และสรุปข้อมูล การพัฒนาโครงการ การสร้างทีมและพัฒนาศักยภาพทีม การวางแผนและปฏิบัติการ การสรุปผลการวิจัย การนำเสนอและขยายผล เป็นรูปแบบที่เหมาะสมบนฐานศักยภาพของผู้สูงอายุและชุมชน⁽¹¹⁾ ซึ่งปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ คือ 1) ชุมชนและองค์กรภาคีมีความเข้มแข็ง 2) ชุมชนใช้กระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ และ 3) องค์กรในชุมชนมีนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาการจัดการสวัสดิการของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนล่างที่พบว่าการจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ความเข้มแข็งของชุมชนและองค์กรภาคี มีผลต่อการพัฒนาการจัดการสวัสดิการของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาศักยภาพของชุมชนกับการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุที่พบว่าการมีศักยภาพการดำเนินงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ทั้งระดับประชาชน องค์กรบริหารส่วนตำบลและเทศบาล นั้น ต้องได้รับการเสริมศักยภาพในด้านภาวะผู้นำและการบริหารงาน ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ ตลอดจนการสร้างระบบการออม และสร้างนโยบายส่งเสริมการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ ที่เสนอไว้ว่า ภาครัฐจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการให้บริการสวัสดิการสังคมแก่ผู้สูงอายุจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก และเปลี่ยนจากการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุมาเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุบนพื้นฐานของข้อเท็จจริงอย่างแท้จริง

และต้องสนับสนุนให้มีการดำเนินการ โดยชุมชนเพื่อชุมชน โดยรัฐทำหน้าที่เป็นเพียงแค่พี่เลี้ยงเท่านั้น และยังคงสอดคล้องกับศึกษาเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ ที่ค้นพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้หลักการบริหารเชิงรุก ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จัดฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายขับเคลื่อนการทำงาน และบูรณาการกิจกรรมร่วมกัน

การดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในพื้นที่ตำบลป่าเป้า ได้ใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ให้สามารถจัดการตนเองผ่านการเสริมพลังความร่วมมือและส่งเสริมให้ทำบทบาทหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ เกิดรูปแบบการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบ 4 พลังจัดการตนเอง ที่ประกอบด้วย 1) พลังกลุ่มและเครือข่าย ที่เกิดจากการทำงานของกลุ่ม องค์กรในชุมชน เครือข่ายทั้งในและนอกชุมชนทั้งภาครัฐและภาคประชาชน 2) พลังจิตอาสา ที่เกิดจากการทำงานของกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนที่มีความตั้งใจทำงานโดยไม่หวังผลตอบแทน 3) พลังปัญญา ที่ทำให้เกิดการสร้างพื้นที่เรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือ “วิทยานิรชรา” เพื่อมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งดำเนินงานโดยเครือข่ายในชุมชนเข้ามามีบทบาทและจัดกิจกรรมผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่กำหนดขึ้น และ 4) พลังเสริมหนุน ที่เกิดจากการทำงานด้านการพัฒนากลไกบริหารจัดการของพื้นที่ เป็นการดำเนินงานที่เหมาะสม กล่าวคือ ได้บูรณาการเชื่อมโยงการจัดการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สูงอายุ โดยมีองค์กรชุมชนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดการดำเนิน การวางแผนงาน การติดตามประเมินผล กำหนดบทบาทหน้าที่ไว้ชัดเจน ซึ่งการดำเนินงานทั้งหมดเริ่มต้นจาก 1) จัดการกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน คิดหาเทคนิควิธีการต่าง ๆ และวิธีการจัดการกับทรัพยากรเพื่อให้สมาชิกในสังคมได้ประโยชน์อย่างเหมาะสม 2) บูรณาการดำเนินงาน โดยต้องผสมผสานความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานหรือส่วนต่าง ๆ อย่างกลมกลืนกัน เพื่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอัน

เดียวกัน มีบทบาทหน้าที่ทำงานร่วมกันและมีความสามัคคีต่อกัน 3) การดำเนินไปเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ โดยระบบการดำเนินงานทั้งหมดต้องมีวัตถุประสงค์การดำเนินงานและปฏิบัติงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์นั้นๆ ทั้งนี้องค์กรชุมชนมีบทบาทสำคัญที่จะประสานเชื่อมโยงกับภาครัฐ ครอบครัวยุ และตัวผู้สูงอายุในการที่จะผลักดันในการดูแลผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จ โดยกิจกรรมหรือโครงการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนในลักษณะต่าง ๆ นั้น ต้องสอดคล้องกับศักยภาพ ทุนชุมชน และบริบทของท้องถิ่นด้วย สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าการพัฒนาควรประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กันหลากหลายปัจจัยในลักษณะการดูแลเป็นเครือข่าย ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งรวมถึงตัวผู้สูงอายุเองด้วย อันจะทำให้บริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และที่สำคัญอีกประการหนึ่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นหน่วยงานที่ประสานความช่วยเหลือจากทุกฝ่ายได้เป็นอย่างดี และมีงบประมาณสนับสนุนงานด้านต่างๆ สามารถทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ถึงแม้ว่าบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีจำนวนจำกัดทำให้ไม่สามารถประสานงานได้อย่างทั่วถึง แต่สามารถเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเสนอปัญหาและกำหนดแนวทางร่วมกัน ทั้งการจัดทำแผนชุมชนประจำปี การจัดทำประชาคมหมู่บ้าน ดังนั้นแผนงานจึงกำหนดโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีเครือข่าย

นอกจากนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถประสานหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังผลการศึกษานี้ที่ได้พัฒนา กลไกเพื่อสนับสนุน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยได้จัดการระบบและกลไกการดำเนินงานวิจัยแบบ บูรณาการ พันธกิจสัมพันธ์เพื่อสนับสนุนท้องถิ่น ให้มีพื้นที่รับผิดชอบการดำเนินงานวิจัยในตำบลที่ตรงกับปัญหาของท้องถิ่น ร่วมมือแก้ปัญหาสำคัญร่วมกัน เชื่อมโยงกับกลไกและนโยบายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย และการมีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เกี่ยวข้อง เกิด

กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันอย่างแท้จริง ทำให้สามารถใช้งานวิจัยเป็นกลไกเพื่อการพัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาท้องถิ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับศึกษามีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) สามารถสนองตอบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา/การเรียนรู้ เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกิจกรรมสานวิสัยใส่ให้ผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยและกลุ่มปฏิบัติการหลักร่วมดำเนินการกับชุมชน เกิดการบูรณาการความรู้และกิจกรรมในชุมชนผ่านการสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ร่วมกันและเกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยการดำเนินการต่อเนื่องของชุมชนที่ประกอบด้วย แกนนำผู้สูงอายุ คนวัยอื่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งการพัฒนาพลังอำนาจชุมชน ในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลป่าเข่าครั้งนี้ ส่งผลทำให้ชุมชนและท้องถิ่นมีความสามารถในการบริหารงานพัฒนาชุมชน ประสานความร่วมมือและช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างมหาวิทยาลัย ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และประโยชน์ส่วนรวมช่วยให้อันในท้องถิ่นรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เรียนรู้และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต้องใช้ศักยภาพและทุนของชุมชน มาออกแบบและวางแผนดำเนินงานร่วมกับวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน โดยมีองค์กรชุมชนเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินการวางแผนงาน ติดตาม ประเมินผล และกำหนดบทบาทหน้าที่การดำเนินงานให้ชัดเจน จึงสามารถเกิดพลังจัดการตนเอง ทำให้เพิ่มขีดความสามารถของพื้นที่ เกิดเป็นศูนย์เรียนรู้การส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
2. การเสริมสร้างความเข้มแข็งในพื้นที่ ต้องสร้างระบบและกลไกการดำเนินงานแบบบูรณาการพันธกิจสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาคีวิชาการ ภาครัฐ และ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนและร่วมพัฒนาความพร้อมในการจัดทำแผนปฏิบัติการชุมชน เกิดโครงการ และกิจกรรม ที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และสมาชิกเทศบาลตำบลป่าเต่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าเต่า ผู้นำชุมชน แกนนำชมรม

ผู้สูงอายุและกลุ่มแกนนำในชุมชนตำบลป่าเต่าทุกคน ที่ได้ให้ข้อมูลและร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งคณาจารย์และเจ้าหน้าที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ทุกท่าน ที่เข้าร่วมจัดกิจกรรมการพัฒนาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการพัฒนาพื้นที่ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิรัตน์ คำศรีจันทร์ และคณะ. **ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ**. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
2. นริรัตน์ จิตรมนตรี, สาวิตรี ทยานศิลป์ และศิริวัลย์ เรืองสุรัตน์. **บทสรุปจากเวทีสาธารณะ: การเตรียมพร้อมระบบสวัสดิการสำหรับสังคมผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก็อปปี, 2551.
3. สำนักงานสถิติจังหวัดอุดรดิตถ์. **การสำรวจความต้องการการพัฒนาขีดความสามารถของประชากร พ.ศ. 2556 –2558**. อุดรดิตถ์ : ม.ป.ท, 2558.
4. กรกฤษ ลิ้มสมมุติ. **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์**. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย**. 5(2) : 153-161, 2558.
5. Laverack, G. **Health Promotion Practice : Power and Empowerment**. London: SAGE Publications, 2004.
6. ปาริชาติ วัลย์เสถียร และคณะ. **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข, 2548.
7. ชีรพันธ์ อินต๊ะปาน. **การประเมินผลการนโยบายนโยบายการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็กในจังหวัดลำพูน**.การค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2551.
8. ณัฐจิตติตา เทวาลีสกุล วณิภา ศิริวรสกุล และ ชัชสรชัย รอดชัย. **แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาวะให้เป็นพลัง กรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต**. **Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ**. 9(1) : 529-545, 2559.
9. ศิริรัตน์ ปานอุทัย ทศพร คำผลศิริ และลินจง โปธิบาล. **โครงการวิจัยการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
10. คงกฤษ ถูกแผน. **การเสริมสร้างพลังในการเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีของบ้านม่วงสามปีอำเภอสี จังหวัดลำพูน**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2552.
11. มณฑกานต์ อันสีแก้ว และคณะ. **โครงการวิจัยรูปแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมที่เหมาะสมบนฐานศักยภาพและชุมชน ตำบลแว้งนาง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2556.
12. นุหสัน ทองกลีบ. **บทบาทภาครัฐในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**. คุยฎินิพนธ์ปรัชญาคูญุบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2550.
13. เสมอ จัฒพล. **การจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี**. **วารสารวิชาการ Veridian E-Journal กลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**. 6(3) : 510-519, 2556.
14. จิรวัฒนา กล้าหาญ และธนิดา ผาติเสนะ. **แนวทางการพัฒนาจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพ เทศบาลหนองไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**. ใน **การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6** (น.137-146). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2558.
15. จริญญา วงษ์พรหม และคณะ. **การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ**. **Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ**. 8(3) : 41-54, 2558.

คุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Quality of Life among Adolescent Mothers Under the Age of 18 years

in Nongkungsri District, Kalasin Province

จุฑารัตน์ แก้วจันดา¹, เลิศชัย เจริญชัยฤกษ์²

Jutharat Kaewjanda¹, Lertchai Charemtanyarak²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เรื่องคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปีในพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรศึกษาคือ มารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ที่คลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 พฤษภาคม 2560 จำนวน 147 คน โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.86 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ.2561 วิเคราะห์ข้อมูลและค่าทางสถิติโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด สูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 20.41 อาศัยอยู่ในตำบลหนองกุงศรี ร้อยละ 38.10 คลอดในปี พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.59 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.14 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 5,001-10,000 บาท โดยได้รับจากพ่อแม่ของตนเอง (ร้อยละ 39.46) ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.87 อาศัยอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.14 มีอายุช่วง 20-29 ปี สามีของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.03 มีความรับผิดชอบดูแลมารดาวัยรุ่น และบุตรอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.03 เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 1 ครั้ง ไม่เคยทำแท้งร้อยละ 94.56 มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 30.61) ร้อยละ 85.03 ของกลุ่มตัวอย่างมีบุตรคนแรก บุตรคนปัจจุบันเกิดจากความตั้งใจร้อยละ 59.86 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.56 ไม่เคยกระทำการใด ๆ เพื่อมุ่งหวังให้แท้งบุตร ร้อยละ 99.32 มีการฝากครรภ์ และพบแพทย์อย่างต่อเนื่องร้อยละ 95.92 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.46 รู้สึกเครียดและกังวลใจในเรื่องค่าใช้จ่ายการเลี้ยงดูบุตร กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.78 มีความเห็นว่าการมีบุตรของมารดาวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติที่ยอมรับได้ แต่หากย้อนเวลากลับไปได้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 32.65 จะไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, มารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี, อำเภอหนองกุงศรี, จังหวัดกาฬสินธุ์

Abstract

The quality of life of teenage mothers who were lower than 18 years old in Nong Kung Si District, Kalasin was a retrospective descriptive study. The samples were 147 teenager moms who were lower than 18 years old and gave birth during January 1st, 2015 to May 31th, 2017 in Nong Kung Sri district, Kalasin province. The research tool was questionnaire which the content validity was proved by 3 experts, and the validation test of questionnaire was calculated by Cronbach's Alpha Coefficient method which the result was 0.86. The data were collected during March 2017 to April 2017. Data were analyzed by computer software using frequency, percentage, mean, minimum, maximum, standard deviation and percentile ranking for statistical analysis.

The result revealed that the most of teenage mothers (20.41%) lived in Nong Kung Si district and 38.10% of samples gave birth in September 2015. The highest educational level was in junior high school level (62.59%). Most of samples (44.90%) had jobless. Most of their family (40.14%) had income about 5,001-10,000 baht per month which 39.46% got the money from their own parent. The spouse (76.87%) lived together without marriage (no marriage certificate). Most of their couples (57.14%) were 20-29 years old. 68.03% of the couples took their responsibility regularly for his mother and child. Most of the mothers (85.03%) had first pregnant when they (30.61%) were 17 years old and 94.56% never did an abortion. The current child (59.86%) was intentionally born without any action for abortion. The teenage mothers (99.32%) received the antenatal care and 95.92% met the doctor as schedule. After delivery, 56.46% of the mothers worried and stressed of the incomes for looking after her child. Most of mothers (55.78%) thought that the pregnancy and having a child in teenagers was normal and acceptable.

¹ นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

However if they could turn back time, most of them (32.65%) wouldn't have sex.

Keywords: quality of life, teenage mothers (≤ 18 years old), Nong Kung Si district, Kalasin province.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลให้ทัศนคติและค่านิยมทางเพศของวัยรุ่นเปลี่ยนไป ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการแสดงออกถึงพฤติกรรมทางเพศที่เปิดเผยมากขึ้น ซึ่งการที่วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรโดยที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นผลให้เกิดปัญหาหลายอย่างตามมา การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก และสังคมไทย ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น วัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากในปัจจุบัน ทั้งนี้ยังมีผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ เช่น ปัญหาครอบครัว การศึกษา ด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้หากเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจหรือไม่พึงประสงค์ก็ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมของวัยรุ่น ปัญหาสุขภาพจากการทำแท้ง และผู้ปกครอง ปัญหาทารกถูกทอดทิ้ง ทารกไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และทารกเติบโตมาเป็นปัญหาของสังคม เป็นต้น ซึ่งปัญหาทั้งหมดดังกล่าวสังคมไทยรับรู้และต้องการแก้ไข

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว การที่ประชากรช่วงอายุไม่เกิน 18 ปี ถือเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สมควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในวัยเรียนอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ผลกระทบในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ประชากรช่วงอายุไม่เกิน 18 ปี ยังเป็นกลุ่มวัยที่ยังไม่มีความพร้อมต่อการตั้งครรภ์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ วุฒิ ภาวะทางอารมณ์ สภาพเศรษฐกิจ วัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติเนื่องจากการมีประชากรที่ด้อยคุณภาพ รวมทั้งภาระทางการคลังในด้านการดูแลสุขภาพ สวัสดิการสังคมต่อไป ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนพัฒนา กำหนดแนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้สามารถลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด โดยได้กำหนดเป้าหมายวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่เกิน 25 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน ตลอดจนเพื่อให้สามารถส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่น

ดังกล่าวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีชุมชนและสังคมที่มีคุณภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

มารดาวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีคุณภาพชีวิตอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ทั้งหมดที่ตั้งครรภ์แล้วคลอดในช่วงเดือนมกราคม 2558 ถึง เดือนพฤษภาคม 2560 โดยศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาหลังคลอด อย่างน้อย 6 เดือน ลูกยังมีชีวิตอยู่ และยังมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอหนองกุงศรีระหว่างการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 166 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่หรือสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ของมารดาวัยรุ่นที่อายุไม่เกิน 18 ปี

มารดาวัยรุ่น หมายถึง วัยรุ่นหญิงที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี ที่ตั้งครรภ์แล้วคลอด ในช่วงเดือน มกราคม 2558 ถึง เดือนพฤษภาคม 2560 โดยที่ลูกยังมีชีวิตอยู่ และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่มารดาวัยรุ่น
2. เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ แผนงานและกลยุทธ์ ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์หรือไม่เหมาะสมที่จะตั้งครรภ์ซึ่งได้แก่สตรีที่มีอายุน้อย เกณฑ์ที่ใช้มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจของนักวิชาการ หรือสถาบันนั้น ๆ แต่โดยปกติจะถือว่าการตั้งครรภ์ขณะที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี องค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่า หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น adolescents คือช่วงอายุ 15-19 ปี และ younger adolescents คือ ช่วงอายุ 10-14 ปี (WHO, 2004) ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ร่างกาย และอารมณ์ โดยในวัยนี้ทั้งชายและหญิงจะเริ่มมีความสนใจในเพศตรงข้าม รูปแบบการใช้ชีวิต อาหารการกินต่าง ๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้วัยรุ่นเข้าสู่วัยเริ่มหนุ่มสาวเร็วขึ้น มีช่วงวัยเด็กที่สั้นลง รวมทั้งเริ่มเกิดอารมณ์ความต้องการทางเพศตามธรรมชาติร่วมกับบริบททางสังคมในปัจจุบันของประเทศไทยที่มีการเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้ง่าย ความหลากหลายของสื่อและสื่อจำนวนมากก็สามารถกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดอารมณ์ทางเพศได้ สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและตื่นตัวที่จะหามาตรการป้องกันและแก้ไข โดยต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ภายใต้อาณัติของเป้าหมายที่ตรงกัน รวมทั้งการแสดงแนวคิดและนโยบายในการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้อง

2.2) ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาซึ่งผลลัพธ์สองทาง คือ การเกิด (มีชีพและไม่ชีพ) และการแท้ง (โดยธรรมชาติและการทำแท้ง) ซึ่งทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจตามมาโดยผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นโดยตรงต่อตัวมารดาวัยรุ่นเอง และทารก ในขณะที่ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น ไม่เพียงแต่เกิดในครอบครัวของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และ

มารดาวัยรุ่นเท่านั้น แต่ยังมีผลทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับชาติ (1) ผลกระทบด้านสุขภาพ วัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อย เป็นช่วงต้นของวัยเจริญพันธุ์ที่ยังต้องอาศัยการพัฒนากระบวนการต่างๆ ของร่างกายเพื่อให้พร้อม ที่จะตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยอื่น ๆ ทั้งระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังตั้งครรภ์ (2) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่วัยรุ่นมักไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะตัดสินใจในเรื่องการเลี้ยงดูบุตรหรือการดำเนินชีวิตครอบครัวการตั้งครรภ์ในคนกลุ่มนี้จึงทำให้มีผลกระทบด้านสังคมตามมา ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่แม่วัยรุ่นจำนวนมากหยุดเรียนหรือเลิกเรียนกลางคัน การไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อย ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานและประกอบอาชีพในอนาคตของแม่วัยรุ่น (3) ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติ โดยพบว่าแม่วัยรุ่นและพ่อ จะมีความสามารถในการเสียภาษีลดลงตลอดช่วงชีวิต เมื่อเทียบกับคู่แต่งงานที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.3) คุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (Concepts of quality of life) คุณภาพชีวิตที่สนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก⁽⁹⁾ ได้กล่าวถึงความหมาย คุณภาพชีวิตคือหลักประกันประชาชนในด้านการสงเคราะห์ทางสังคมด้านต่างๆ การบริการ เช่น การส่งเสริมประชากรทุกคนให้มีสิทธิเท่าเทียมกันในด้านต่างๆ ด้านสาธารณสุข โภค การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การยกระดับรายได้ และ ในมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์ คุณภาพชีวิตหมายถึงรายได้มวลรวมของประเทศ ดัชนี อัตราเงินเฟ้อ ผู้บริโภคขยายได้เฉลี่ยประชากร หากเป็นทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกของการรักษาหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้ใช้บริการได้รับ ดังนั้น ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของงาน ซึ่งส่งผลต่อการวัดและการแปลผลหากวิธีการวัดมีความแตกต่างกัน วัดอุปสรรคในการนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังนำเสนอเฉพาะแนวคิดของคุณภาพชีวิตในระดับปัจเจกบุคคล (individual preference) เนื่องจากกรอบ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ความคิดในกลุ่มนี้เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในการประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้⁽⁸⁾ (1) Normal life ความหมายของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้หมายถึง การที่บุคคลปราศจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและจิตใจสามารถประกอบกิจกรรมการดำเนินชีวิตต่าง ๆ ได้ มีอายุที่ยืนยาว สามารถแสวงหาสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองต้องการ โดยเปรียบเทียบกับประชากรที่มีอายุอยู่ในกลุ่มเดียวกัน (2) Social utility คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลสามารถรักษาบทบาททางสังคมและการยอมรับจากสังคมในบทบาทของตน (3) Utility ของคุณภาพชีวิต แบ่งได้เป็นสองมุมมอง คือ มุมมองด้านจิตวิทยาและด้านเศรษฐศาสตร์ มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ หมายถึง ระดับสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เปรียบเทียบเกณฑ์อ้างอิงของประชากรปกติ การเปรียบเทียบใช้ดัชนีชีวิตที่มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 กล่าวคือ หากบุคคลมีค่าดัชนีสุขภาพเป็น 0 หมายถึง การเสียชีวิต ในขณะที่ค่าดัชนีเท่ากับ 1 หมายถึง การมีสุขภาพสมบูรณ์ และมุมมองแบบ utility แบบจิตวิทยา จะให้ความสำคัญต่อบัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (4) Life satisfaction หรือ Subjective well-being กรอบแนวคิดมีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่าบุคคลมีสิทธิ และอิสระที่จะเลือกในสิ่งที่ตนเองชอบและสามารถจัดลำดับ ความสำคัญของสิ่งเหล่านั้น (5) Happiness/Affect แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับภาวะทางอารมณ์ของบุคคล ต่อสถานการณ์ใด ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งตามแนวคิดนี้บุคคล จะให้ความสำคัญต่อสมดุลระหว่างความรู้สึกทางบวกการมีความสุข กับความรู้สึกทางลบ ความซึมเศร้า ความทุกข์ใจ เป็นเหตุการณ์ชั่วคราวที่ได้รับอิทธิพลจากภายนอก และบัจจัยภายในของแต่ละบุคคล (6) Natural capacity ให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบระหว่างศักยภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีอยู่ก่อนการเจ็บป่วยกับศักยภาพที่เหลืออยู่หลังการเจ็บป่วย การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้สามารถประเมินจากตัวผู้ป่วยเอง หรือประเมินจากมุมมองของผู้ดูแลและผู้ให้การรักษาซึ่งใกล้ชิด กับผู้ป่วยมากพอที่จะให้ความเห็น หรือตระหนักถึง การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือ โรคที่มีต่อศักยภาพของผู้ป่วย

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต องค์การอนามัยโลกได้ แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ⁽⁹⁾ คือ (1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน (2) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ การรับรู้เรื่อง (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

สรุป ได้ว่า คุณภาพชีวิตประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยมากมายนอกเหนือไปจากปัจจัยพื้นฐาน คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 ที่เป็นพื้นฐานทางด้านร่างกายเพื่อที่จะไม่ให้โรคร้ายไข้เจ็บคอยเบียดเบียน ตลอดจนการศึกษา และวิธีเสริมสร้างคุณธรรม และจริยธรรม ที่ดีเพื่อให้สามารถต่อสู้ฝ่าฟันกับอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และมีความเข้มแข็งที่จะพัฒนาตนเอง ส่วนในด้านจิตใจนั้น ทุกคนปรารถนาที่จะมีความสุข แต่การที่จะมีความสุขได้นั้นก็ต้องมีองค์ประกอบไปด้วยปัจจัยหลายอย่างชีวิตที่เป็นสุขควรประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง คำตอบน่าจะมีหลากหลายและแน่นอนที่จะต้องผสมผสานกลมกลืนกันไป

การประเมินคุณภาพชีวิต ปัจจุบันมีการแบ่งการประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ดังนี้⁽⁷⁾ (1) การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement) เหมาะสำหรับศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่ยังไม่เคยทำการศึกษามาก่อน (2) การประเมินเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement) เป็นการวัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ที่ผู้สนใจศึกษากำหนดไว้ล่วงหน้าและเลือกการวัดด้วยการใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด

ดัชนีคุณภาพชีวิต (Quality of Life Index - QLI) ได้รับการพัฒนาโดย Ferrans and Powers เพื่อวัดคุณภาพชีวิตในแง่ของความพึงพอใจต่อชีวิต⁽⁶⁾ คุณภาพชีวิตถูกกำหนดโดย Ferrans ว่าเป็น "ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ที่เกิดขึ้นจากความพึงพอใจหรือความไม่พอใจในด้านชีวิตที่มีความสำคัญต่อตัวบุคคล โดย QLI วัดทั้งความพึงพอใจและความสำคัญของด้านต่างๆของชีวิต การให้คะแนนที่สำคัญจะนำมาใช้เพื่อลดความพึงพอใจใน

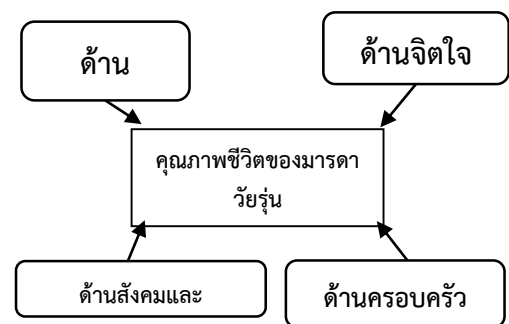
การตอบสนองเพื่อให้คะแนนสะท้อนถึงความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถามต่อแง่มุมของชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ คะแนนรวมสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้ายจิตวิทยา ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว

2.3) คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวสตรีวัยรุ่นเองและครอบครัว ทั้งด้านร่างกายและจิตใจและส่งผลต่อไปยังลูกที่เกิดใหม่ มีผลกระทบต่อด้านสังคมที่ทำให้เกิดแม่เลี้ยงเดี่ยว แม่วัยรุ่นออกจากระบบการศึกษาก่อนวัย ทั้งยังส่งผลต่อภาระการใช้จ่าย งบประมาณของประเทศในภาพรวมอีกด้วย (1) คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย (Physical Domain) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ (2) คุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ (Psychological Domain) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ เนื่องจากเมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีอารมณ์แปรปรวน มักครุ่นคิดถึงแต่เรื่องของตนเอง มีความกลัวว่าผู้ปกครองจะรู้วิตกกังวล สับสนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกอับอาย บางคนอาจไม่ต้องการทารกในครรภ์ และแก้ไขปัญหาคด้วยการทำแท้ง⁽⁴⁾ (3) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คุณภาพชีวิตของบุตร ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักมีแนวโน้มที่จะทำแท้งเพิ่มสูงขึ้น คุณภาพชีวิตของครอบครัว สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน ต้องประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและแรงกดดัน ทางสังคม (นุชจรี อิ่มมาก และคณะ.2552) ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าอัตราการหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้นในครอบครัว และถ้าฝ่ายชายไม่ยอมรับทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวต้องเลี้ยงดูเด็กทารกโดยลำพัง (4) คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจและสังคม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนมากไม่เป็น

ที่ยอมรับในสังคม ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นถูกทอดทิ้งจากสังคมและกลุ่มเพื่อน แรงกดดันจากสังคมทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความอับอายและต้องออกจากระบบการศึกษา การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ทำให้หางานหรือได้งานที่มีรายได้น้อย ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจตามมา⁽²⁾ (5) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ของ⁽¹⁾พบว่า มีคนในสังคมรอบข้างมีการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีสัมพันธภาพกับครอบครัวตนเองไม่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ประกอบอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอนและไม่เพียงพอ และพบว่าพ่อแม่ไม่มีเวลาเอาใจใส่บุตรหลานของตน

สรุปได้ว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านคุณภาพชีวิตต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ ทำให้หางานหรือได้งานที่มีรายได้น้อย และบางรายไม่สามารถพึ่งพาตนเอง ทารกที่คลอดมาไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมตามมา ทำให้ประเทศชาติขาดประชากรที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะถ้าเป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรกมารดาจะขาดความรู้และประสบการณ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ไม่ดี โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คิดเห็นต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความเชื่อและค่านิยมการตั้งครรภ์ ความรู้เรื่องเพศของนักเรียน เจตคติในการคบกันแบบคู่รัก เจตคติการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ คุณภาพชีวิต และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

3. วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ทั้งหมดที่ ตั้งครรภ์แล้วคลอดในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาหลังคลอด อย่างน้อย 6 เดือน ลูกยังมีชีวิตอยู่และ ยังมีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอหนองกุงศรี ระหว่างการศึกษา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 166 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI), (Generic Version, 1985) ใช้วัดมารดาวัยรุ่นอำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลด้านลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม ปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาในการเป็นคุณแม่ตั้งแต่วัยรุ่น เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อคำถามให้ เลือกตอบจำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI), Generic Version (1985) ข้อคำถามครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 (ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการโดยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10.0 โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการศึกษาคั้งนี้คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากร และข้อมูลคุณภาพชีวิตของมารดา วัยรุ่นหลังคลอด โดยนำเสนอค่าแจกแจงตามความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

ผลการศึกษา

4.1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คลอดปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 38.10 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 62.59 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 44.90 ภายหลังการคลอดบุตรส่วนใหญ่ทำอาชีพเดิมทำบ้างไม่ทำบ้างแล้วแต่โอกาสและความจำเป็น คิดเป็นร้อยละ 43.54 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 42.18 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.14 ส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้ หรือเงินค่าใช้จ่ายที่ใช้ประจำวันจากพ่อแม่ของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 39.46 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแบบไม่ได้จดทะเบียนสมรสแต่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 76.87 อายุของผู้ที่เป็นบิดาของบุตรที่คลอดคนปัจจุบันอยู่ที่ 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 ความรับผิดชอบของผู้ที่เป็นบิดาของบุตรคนปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแล รับผิดชอบท่านและบุตรอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 68.03

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาในการเป็นคุณแม่ตั้งแต่วัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 85.03 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยทำแท้ง คิดเป็นร้อยละ 94.56 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.61 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 85.03 ส่วนใหญ่ตั้งใจมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 59.86 และไม่ตั้งใจ คิดเป็นร้อยละ 40.14 โดยข้อคำถามสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากความกลัวและทักษะการป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 24.49 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคย กระทำการใด ๆ เพื่อมุ่งหวังให้แท้งบุตรคนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 94.56 และเคย กระทำการใด ๆ เพื่อมุ่งหวังให้แท้งบุตรคนปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 5.44 โดยข้อคำถามสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

พบว่า ส่วนใหญ่ทานยา คิดเป็นร้อยละ 4.76 ส่วนใหญ่เข้ารับบริการฝากครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 99.32 ในระหว่างฝากครรภ์ ไปพบแพทย์ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 99.32 ภายหลังการคลอดบุตร ส่วนใหญ่รู้สึกเครียดและกังวลใจในเรื่องค่าใช้จ่ายการเลี้ยงดูบุตร คิดเป็นร้อยละ 56.46 เมื่อนึกถึงการตั้งครรภ์และการมีลูกในระหว่างช่วงชีวิตวัยรุ่น/วัยเรียนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งนี้เป็นเรื่องธรรมดา ที่ยอมรับได้ คิดเป็นร้อยละ 55.78 หากย้อนเวลากลับไปได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร คิดเป็นร้อยละ 32.65

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต จากการวิเคราะห์หาเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 46 และ 74 เพื่อแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 50.34 รองลงมาคุณภาพชีวิตดี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 25.85 ถัดมาคุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 23.81 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า (1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 48.30 (2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 55.10 (3) คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 50.34 (4) คุณภาพชีวิตด้านครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 48.98 ซึ่งสามารถอธิบายจำแนกรายด้านได้ ดังนี้

3.1 จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นด้านร่างกาย พบว่า อยู่ในระดับไม่ดี ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ (ร้อยละ 48.30) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละประเด็น พบว่า ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับมากที่สุดหรือรู้สึกเช่นนั้นเสมอ คือ รู้สึกว่าตนเองมีความเศร้าหมองหรือมีความทุกข์ทรมาน ท้อแท้ หรือไม่มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต (คิดเป็นร้อยละ 36.7) 2. ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับมากหรือรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกว่าบุคคลสำคัญของตนเอง

(พ่อแม่ และสามี) มีส่วนช่วยในดูแลเอาใจใส่ในด้านสุขภาพของตนเอง (คิดเป็นร้อยละ 44.2) และประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับปานกลางหรือรู้สึกเช่นนั้นอยู่บ้าง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ไม่ต้องมีผู้อื่นคอยช่วยเหลือ (คิดเป็นร้อยละ 49.7)

3.2 จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นด้านจิตใจ พบว่า อยู่ในระดับไม่ดีค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ (ร้อยละ 55.10) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละประเด็น พบว่า ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับมากที่สุดหรือรู้สึกเช่นนั้นเสมอ คือ รู้สึกว่าตนเองอยากมีชีวิตอยู่นานที่สุดเท่าที่ตนเองต้องการ (คิดเป็นร้อยละ 36.7) ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับมากหรือรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ คือ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญกับคนอื่นรอบ ๆ ตัว (คิดเป็นร้อยละ 40.2) และประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับปานกลางหรือรู้สึกเช่นนั้นอยู่บ้าง คือ รู้สึกว่าจิตใจของตนเองมีความสงบ มีใจที่เป็นสุข พอใจในสิ่งที่มี (คิดเป็นร้อยละ 45.6)

3.3 จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า อยู่ในระดับไม่ดี ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ (ร้อยละ 50.34) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละประเด็น พบว่า ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับมากหรือรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ คือ รู้สึกว่าเพื่อนบ้านของตนมีทัศนคติด้านสังคมที่ดีต่อตนเอง (คิดเป็นร้อยละ 38.8) ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับปานกลางหรือรู้สึกเช่นนั้นอยู่บ้างคือ รู้สึกว่าเพื่อนบ้านของตนมีอิทธิพลต่อความสุขในการดำเนินชีวิตของตนเอง (คิดเป็นร้อยละ 49.0)

3.4 จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นด้านครอบครัวพบว่า อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 48.98) เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละประเด็น พบว่า ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับมากที่สุดหรือรู้สึกเช่นนั้นเสมอ คือ รู้สึกพึงพอใจกับการเอาใจใส่การปฏิบัติตัวต่อตนเองจากสมาชิกในครอบครัว (คิดเป็นร้อยละ 38.0) ประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับมากหรือรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ คือ รู้สึกมีความสุขกับ

ชีวิตครอบครัวของตนเองในปัจจุบัน (คิดเป็นร้อยละ 40.9) และประเด็นที่มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้สึกในระดับปานกลางหรือรู้สึกเช่นนั้นอยู่บ้าง คือ รู้สึกว่าบุตรของตนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยง่าย (คิดเป็นร้อยละ 42.8)

สรุปผลการศึกษา

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการลงพื้นที่ไปเก็บข้อมูลทำให้ผู้ศึกษาได้พบเห็นการดำเนินชีวิตของมารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปีในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ผู้ปกครองมุ่งเน้นการประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าการให้ความสำคัญกับบุตร และไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการศึกษา⁽³⁾ แต่จากการเกิดขึ้นของมารดาวัยรุ่นในพื้นที่ดังกล่าว ที่มีจำนวนถึง 147 คน สะท้อนให้เห็นว่าระบบการศึกษาของประเทศไทย ยังขาดการสร้างความตระหนักทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีเพศสัมพันธ์อย่างป้องกัน และการรู้จักมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยอันควร รวมไปถึงรูปแบบการใช้ชีวิตที่วัยรุ่นเป็นอิสระจากครอบครัว ทำให้โอกาสที่วัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์กันมากขึ้น ในขณะที่เมื่อมองย้อนกลับไปยังพื้นฐานครอบครัวของมารดาวัยรุ่นดังกล่าว พบว่า มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ซึ่งเป็นระดับรายได้ที่ต่ำกว่าอัตราแรงงานขั้นต่ำในปัจจุบัน ในขณะที่ตัวมารดาวัยรุ่นเอง ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และไม่มีอาชีพ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาคุณภาพชีวิตโดยรวมของครอบครัวที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับ กรกาญจน์ ปานสุวรรณ (2558)⁽¹⁾ ซึ่งได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ขณะที่กำลังศึกษาอยู่ ทำให้เรียนไม่จบ มีปัญหาความยากจน ไม่สามารถเลี้ยงตนเองได้ ด้วยเหตุนี้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อและแม่ของมารดาวัยรุ่น อาจให้ความสำคัญกับการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว มากกว่าการให้ความสำคัญกับลูก ๆ จากปัญหาความไม่พร้อมของระบบการศึกษาและสถาบันครอบครัว สอดคล้องกับพฤติกรรมอยากสู้อายากลอง อยากเห็นและ

คอยสังเกตดูจากปฏิกิริยาจากรอบข้าง อันเป็นลักษณะของวัยรุ่น ที่อยากทดลองสิ่งแปลกใหม่⁽³⁾ จึงอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาคุณแม่วัยรุ่น มารดาวัยรุ่นในครั้งนี้ได้

2. นอกจากบริบททางสังคมและสภาพแวดล้อมของมารดาวัยรุ่นแล้ว จากผลการวิเคราะห์ปัญหาในการเป็นคุณแม่ตั้งแต่วัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้โดยตรง พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีอายุไม่เกิน 18 ปี ส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว ซึ่งนับเป็นสถิติที่น่าตกใจเป็นอย่างยิ่ง โดยส่วนใหญ่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี และบุตรคนปัจจุบันเกิดจากความตั้งใจ แม้จะมีบุตรก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2557) ซึ่งพบว่า การตั้งครรภ์ในผู้หญิงก่อนอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ในประเทศไทย อัตราการคลอดของผู้หญิงอายุ 15-18 ปี โดยเฉลี่ยเท่ากับ 52 รายต่อพันประชากรหญิงในวัยเดียวกัน ซึ่งต่ำกว่าอัตราของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 55 รายต่อพันประชากรหญิงในวัยเดียวกันอย่างไรก็ตามอัตราการคลอดบุตรจากวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและอายุของแม่วัยรุ่นไทยมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็เป็นที่น่าชื่นชมที่ข้อมูลส่วนใหญ่พบว่า มารดาวัยรุ่นไม่เคยทำแท้ง หรือกระทำการใด ๆ เพื่อมุ่งหวังให้แท้งบุตรคนปัจจุบัน แสดงให้เห็นว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้ศึกษาในครั้งนี้ เต็มใจที่จะมีบุตร ซึ่งไม่ได้เกิดจากความผิดพลาด ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาด้านถัดไป พบว่า มารดาวัยรุ่นมีการเข้ารับการฝากครรภ์ ในระหว่างฝากครรภ์ได้ไปพบแพทย์อย่างต่อเนื่องตามที่แพทย์นัด และเมื่อนึกถึงการตั้งครรภ์และการมีลูกในระหว่างช่วงชีวิตวัยรุ่น/วัยเรียนมีความเห็นว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งนี้ เป็นเรื่องธรรมดา ที่ยอมรับได้ แต่ภายหลังการคลอดบุตร กลับพบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกเครียดและกังวลใจในเรื่องค่าใช้จ่ายการเลี้ยงดูบุตร แสดงให้เห็นว่ามีความพร้อมแค่ตนเองที่ต้องการจะมีบุตร แต่กลับไม่มีความพร้อมทางด้านการเงิน

3. จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตไม่ดี โดยผลการศึกษาดังกล่าว สามารถสะท้อนให้เห็นได้จากพื้นฐานทางครอบครัว และการศึกษา ประกอบกับศักยภาพในการหารายได้ โดย

การศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นทั้ง 4 ด้าน อันประกอบไปด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว ล้วนมีคุณภาพชีวิตไม่ดีทั้งสิ้น ซึ่งปัญหาคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นไม่ได้เกิดขึ้นเพียงแค่วันปัจจุบันอย่างเดียวเท่านั้น ผลการวิเคราะห์จากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย (2557) โดยพบว่า ผลจากการเป็นมารดาตั้งแต่วัยรุ่น ทำให้ขาดการได้รับการศึกษาที่เหมาะสม ปัจจัยดังกล่าวช่วยส่งผลต่อการหางานและประกอบอาชีพในอนาคตของมารดาวัยรุ่น ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ก็พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและไม่มีอาชีพ ทำให้งานที่ทำมีรายได้ต่ำ ส่งผลให้มีรายได้น้อยและไม่พอยังชีพและไม่สามารถให้การเลี้ยงดูที่เหมาะสมกับบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัญหาดังกล่าวมักก่อให้เกิดความเครียดตามมา นำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และอาจจบลงด้วยการหย่าร้างเกิดปัญหาต่อเนื่องไปยังตัวลูกที่จะเติบโตขึ้นมาในครอบครัวที่แตกแยกได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรกาญจน์ ปานสุวรรณ (2558)⁽¹⁾ ที่ได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษาอยู่ ทำให้เรียนไม่จบ มีปัญหาความยากจน ไม่สามารถเลี้ยงตนเองได้ ในส่วนของสามีที่เป็นวัยรุ่นก็พบปัญหาไม่สามารถหาเลี้ยงชีพได้ ชีวิตคู่มั่นคง และพบว่า ผู้ปกครองมีอาชีพไม่มั่นคง มีระดับการศึกษาและรายได้น้อย พฤติกรรมเสี่ยงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรกาญจน์ ปานสุวรรณ. คุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ตำบลในเมือง อำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2558; 9(2):1-9.
- 2.สุจารี ภูมิพิรา. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการปฏิบัติพัฒนาภพใน บทบาทมารดาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. [วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, สาขาการพยาบาล ครอบครัว]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.

ข้อเสนอแนะ

1. ชุมชน ครอบครัว โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนโรงพยาบาลหนองสูงศรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองสูงศรี และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ 2, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษามัชฌมศึกษากาฬสินธุ์ ควรเร่งส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา และการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

2. มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่กังวลเรื่องปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ควรมีการอบรมเพื่อการเสริมสร้างอาชีพ รวมถึงควรมีการจัดตั้งกลุ่มอาชีพในท้องถิ่น เพื่อช่วยเหลือให้มารดาวัยรุ่นมีงานทำ สามารถเลี้ยงดูตนเอง และครอบครัวได้ อันจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่มารดาวัยรุ่น บุตร และครอบครัวต่อไป

3. โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอหนองสูงศรี ควรสร้างหลักสูตรหรือกระบวนการเรียนรู้ รวมถึงสื่อมวลชนและสื่อสังคม (social medias) ควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการณรงค์เพื่อปลูกฝังทัศนคติแก่เด็กและเยาวชนที่ถูกต้อง สร้างหลักสูตร บูรณาการตามแผนการเรียนการสอน สร้างสื่อ ออนไลน์ที่เข้าถึงง่าย เพื่อเปลี่ยนแปลงค่านิยมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

1. การศึกษาในครั้งต่อไป อาจมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุตรของมารดาวัยรุ่น สามีของมารดาวัยรุ่น และสมาชิกทุกคนในครอบครัวเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ในหลายมิติมากขึ้น

2. การศึกษาในครั้งต่อไป อาจมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ เพิ่มเติม แล้วนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบกัน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตมารดาวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

3. สุริยเดว ทรีปาตี. พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น [ออนไลน์] 2552 [อ้างเมื่อ 18 สิงหาคม 2560]. จาก <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf>.
4. Clark, S.L. et.al. Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy. **American Journal of Obstetric and Gynecology** 1989; 161(6, Pt.1): 1439-42.
5. Ferrans CE. Development of a conceptual model of quality of life. **Sch Inq Nurs Pract** 1996; 10(3): 293-304.
6. Ferrans and Powers. (1984). **Quality of Life Index (QLI)** [serial online] 1984 [cited 2017 June 12]. Available from: URL: <https://qli.org.uic.edu/index.htm>.
7. Liddle J, McKenna K. Quality of life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. **Aust Occup Ther J** 2000; 47: 77-85.
8. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. **Int J Psychiatr Nurs Res** 2006; 43: 891- 901.
9. The WHOQoL Group. (1994). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc. Sci. Med** 1994; 41(10): 1403-9.

การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน:
กรณีศึกษาที่ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

The Performance in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control of Village Health

Volunteers at Chiang Phin Sub – District Mueang District

in Udon thami Province

ชวัลลภ คลังกลาง¹, ประจักษ์ บัวผัน²

Chawalluck Clungklang Prachak Bouphan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประชากรที่ศึกษาคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 228 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในจังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุमानได้แก่สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05.

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการสนับสนุนจากองค์กร และระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D. = 0.41), และ 2.52 (S.D.=0.42) ตามลำดับ และพบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก กับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.646$, p -value <0.001) , การสนับสนุนจากองค์กรด้านการจัดการ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 75.1 โดยผลการวิจัย ในครั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายสามารถนำไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานพัฒนาการปฏิบัติงานระดับอำเภอ

คำสำคัญ:การสนับสนุนจากองค์กร, การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study organizational support that affecting the performance prevention and control of dengue hemorrhagic fever of village health volunteers at Chiang Phin sub-district, Mueang district in Udonthani province. The samples were 148 village health volunteers randomly selected by systematic random sampling from the 228 population. This study was collecting both quantitative and qualitative data. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity and tested for reliability in pilot study of 30 samples Kumphawapi district in Udonthani province and Alpha Coefficient was at 0.97. Data collected between February 15th, 2017 - March 15th, 2017. The data distribution was performed by descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation,

¹ นิสิตมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ การบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² (รองศาสตราจารย์) อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ การบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

median, minimum, maximum. The Inferential statistics were Pearson product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions. The lever of statistical significant has set at .05

The results showed that organizational support and performance prevention and control of dengue hemorrhagic fever of village health volunteers at Chiang Phin sub-district, Mueang district in Udonthani province were at high level with averages of 2.55(S.D.=0.41),2.52 (S.D=0.42).The organizational support variable had high positive relationship with performance prevention and control of dengue hemorrhagic fever of village health volunteers at Chiang Phin sub-district, Mueang district in Udonthani province with ($r = 0.646$, p -value < 0.001). Three organizational support variables; management, man and material could predict performance prevention and control of dengue hemorrhagic fever of village health volunteers at Chiang Phin sub-district, Mueang district in Udonthani province at 75.1 percentage. The results show that the stakeholders in the district health system can be used to improvements the performance prevention and control of dengue hemorrhagic fever of village health volunteers.

Keywords: Effects of organizational support, The Performance in Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control

บทนำ

ใน ระยะที่ผ่าน มา ประเทศไทยได้เกิด วิกฤตการณ์จากภาวะฉุกเฉินด้าน โรคและภัยสุขภาพ (Public Health Emergency) ซึ่งมีผลก่อให้เกิดปัญหาด้าน สุขภาพของประชาชนเป็นไปอย่างกว้างขวางและมีความ รุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ โรคไข้เลือดออก เนื่องจาก โรคไข้เลือดออกมีความรุนแรงถึงขั้นทำให้ เสียชีวิตและยังเป็นปัญหาอยู่ทุกปี และสามารถเกิดขึ้นได้ ในทุกพื้นที่ ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการเตือนภัย เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานในการป้องกันโรค การ ให้ความช่วยเหลือ และการหยุดการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานด้าน โรคติดต่อมาโดยแมลง จึงจัดเป็นยุทธศาสตร์อย่างหนึ่ง เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานภายใต้ระบบการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ซึ่งต้องมีการดำเนินการทั้งใน ระดับกระทรวง ทบวง กรมและทุกพื้นที่ ทุกฝ่ายต้อง เล็งเห็นถึงความสำคัญและต้องช่วยกันในการเตรียมความ พร้อม รวมทั้งให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อให้ การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป⁽¹⁾

ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี 2557 พบผู้ป่วย 23,094 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 35.83 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 0 ราย สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:0.98 กลุ่ม อายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับ คือ 15-24 ปี (24.32 %) 10-14 ปี (21.10%) สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 97.9 พม่าร้อยละ 1.0 อื่นๆ ร้อยละ 0.7 กัมพูชาร้อยละ 0.2 ลาวร้อยละ 0.1

จีน/ฮ่องกง/ไต้หวันร้อยละ 0.1 อาชีพส่วนใหญ่่นักเรียน ร้อยละ 49.1 ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครองร้อยละ 18.9 รับจ้างร้อยละ 15.8 (รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506, สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ,2557) ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี 2558 พบผู้ป่วย 86,653 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 133.06 ต่อแสน ประชากร เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นอัตราราย 0.01 ต่อแสน ประชากร อัตราส่วน เพศชายต่อเพศหญิง 1:1.03 กลุ่มอายุ ที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับคือ 15-24 ปี (27.50%) 10-14 ปี (20.45%)25-34ปี (14.21 %)สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 96.8 พม่าร้อยละ 1.4 อื่นๆ ร้อยละ 1.2 กัมพูชา ร้อยละ 0.3 ลาวร้อยละ 0.2 จีน/ฮ่องกง/ไต้หวันร้อยละ 0.1 อาชีพส่วนใหญ่ นักรียนร้อยละ 45.3 รับจ้างร้อยละ 20.1 ไม่ทราบ อาชีพ/ในปกครองร้อยละ 18.9(รายงานโรคในระบบเฝ้า ระวัง 506,สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข,2558) ข้อมูลเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 2559 – 3 ต.ค. 2559 พบผู้ป่วย 29,376 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 44.90 ต่อแสนประชากรเสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตราราย 0.01 ต่อแสนประชากร อัตราส่วน เพศ ชายต่อเพศหญิง 1:1.01 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเรียง ตามลำดับ คือ 15-24 ปี (23.49%) 10-14 ปี (17.78%)25-34 ปี (14.63%)สัญชาติเป็นไทยร้อยละ 97.1 พม่าร้อยละ 105 อื่นๆร้อยละ 1.0 ลาวร้อยละ 0.2 กัมพูชาร้อยละ 0.1 จีน/ ฮ่องกง/ไต้หวันร้อยละ 0.1 อาชีพส่วนใหญ่ นักรียนร้อย ละ 44.2 ไม่ทราบอาชีพ/ในปกครองร้อยละ 18.9 รับจ้าง ร้อยละ 17.9⁽¹⁾

ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกจะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัย การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นกำลังที่มีความสำคัญในการดำเนินงาน ซึ่งการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) ด้านการเฝ้าระวังโรค 2) ด้านการควบคุมการระบาดของโรค 3) ด้านการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ 4) ด้านการประสานงานในพื้นที่ 5) ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน และ 6) ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรคในชุมชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2559) ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่

การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยการสนับสนุนจากองค์กร ซึ่งการสนับสนุนจากองค์กร (Organization Support) คือ ปัจจัยการบริหาร (Administrative Resource) ซึ่งเป็นการบริหารจัดการด้านทรัพยากรทางการบริหาร เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่องค์กรกำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนจากองค์กรประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านกำลังคน (Man) 2) ด้านงบประมาณ (Money) 3) ด้านเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ (Material) และ 4) ด้านวิธีการจัดการ (Method) หรือเรียกว่า 4M's⁽²⁾ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพจึง จะทำให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 228 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยประชากรในกรณีที่ทราบประชากร ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 228 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.97 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2560 ถึงวันที่ 15 มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุमानหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 83.1 อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 อายุเฉลี่ย 48.23 ปี (S.D.=8.87) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุสูงสุด 72 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 และการฝึกอบรมเรื่องการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.80 ครั้ง (S.D.= 5.97) ปี การฝึกอบรมต่ำสุด 1 ปี และการฝึกอบรมมากที่สุด 45 ปี ระดับการสนับสนุนจากองค์การของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D. = 0.41) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านการจัดการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.67 (S.D. = 0.42) รองลงมาคือ ด้านการบุคลากร การสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 (S.D. = 0.42) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด การสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก คือ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 (S.D. = 0.52)

ระดับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและการปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเฝ้าระวังโรค ค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D.=0.40) รองลงมาคือ ด้านการควบคุมการระบาดของโรค ค่าเฉลี่ย 2.66(S.D.=0.40) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ย 2.25 (S.D.=0.62)

การสนับสนุนจากองค์การ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ($r=0.646$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ($r=0.621$, $p\text{-value} < 0.001$) ($r=0.617$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r=0.613$, $p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนจากองค์กร	การการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์กร	0.714**	<0.001	สูง
ด้านบุคลากร	0.617**	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.613**	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุ อุปกรณ์	0.621**	<0.001	ปานกลาง
ด้านการจัดการ	0.646**	<0.001	ปานกลาง

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

การสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุม โรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และถูกเลือกเข้าสู่สมการนั้น มีนัยสำคัญที่ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับได้ดังนี้ คือ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการจัดการ (p-value<0.016) ด้านบุคลากร (p-value<0.001) และด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value<0.003) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีได้ร้อยละ 53.2 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

$$Y = 0.462 + (0.233) (\text{การสนับสนุนจากองค์กรด้านการจัดการ})$$

$$Y = 0.462 + (0.345) (\text{การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร})$$

$$Y = 0.462 + (0.126) (\text{การสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์})$$

เป็นสมการทำนายในรูปแบบคะแนนดิบ

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R ²	R ² Change
ด้านการจัดการ	0.233	0.235	2.431	0.016	0.646	0.471	0.417
ด้านบุคลากร	0.345	0.346	4.891	<0.001	0.709	0.503	0.086
ด้านการวัสดุอุปกรณ์	0.216	0.269	3.001	0.003	0.730	0.532	0.29

ค่าคงที่ = 0.462, F=54.620, p-value <0.001, R²=0.532, R²adj=0.523

อภิปรายผล

การสนับสนุนจากองค์กรของกุ่มตัวอย่างพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.55 (S.D. = 0.41) เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานหรือทำงาน ป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อที่จะส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานเพื่อกระตุ้นให้เกิดความการร่วมมือให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายขององค์กรกำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมในการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับมาก⁽³⁾ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมในการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁵⁾

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.66 (S.D. = 0.42), 2.45 (S.D. = 0.53), 2.43 (S.D. = 0.52) , 2.67 (S.D. = 0.42) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มาก⁽³⁾ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ด้านบุคลากร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านการจัดการ อยู่ในระดับปานกลาง⁽⁵⁾

จากข้อมูลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D. = 0.42) หากบุคคลส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนย่อมส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจในสิ่งที่ต้องทำมากขึ้นสามารถปฏิบัติงานด้วยความคล่องตัวทำให้งานขององค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก^(4,5,6) และอาจเนื่องจากบริบทการปฏิบัติงานของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า การปฏิบัติงานใน

การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁵⁾

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านการเฝ้าระวังโรค ค่าเฉลี่ย 2.67 (S.D. = 0.40) ด้านการควบคุมการระบาดของโรค ค่าเฉลี่ย 2.66 (S.D. = 0.46) ด้านการประสานงานในพื้นที่ ค่าเฉลี่ย 2.60 (S.D. = 0.50) ด้านการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในพื้นที่ ค่าเฉลี่ย 2.48 (S.D. = 0.49) และด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนค่าเฉลี่ย 2.47 (S.D. = 0.57) ส่วนด้านการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.25 (S.D. = 0.62)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางในป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรออกนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการให้คำแนะนำในการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างต่อเนื่อง

หน่วยบริการควรสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ให้เพียงพอในการออกปฏิบัติงาน และหากมีอุปกรณ์ชำรุดเสียหาย ให้จัดหาอุปกรณ์มาทดแทนเพื่อให้การปฏิบัติงานดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อจะได้ทราบถึงกระบวนการที่เหมาะสมในการกำหนดนโยบาย ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วม

ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดรูปแบบหรือ

กระบวนการสื่อสารในการปฏิบัติงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติอย่างเหมาะสมและชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินผลตามตัวชี้วัดงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับจังหวัดปี 2555 กลุ่มงานระบาดวิทยา สำนักโรคติดต่อ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ข้อมูลวันที่ 14 กันยายน 2559 นนทบุรี : กรมควบคุมโรค. (เอกสารอัดสำเนา)(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2559) ; 2555.
- 2.ทองหล่อ เดชไทย. **หลักการบริหารสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ : สามเจริญพานิช ; 2549.
- 3.ภคอร โจทย์กั้ง และประจักษ์ บัวผัน. การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลขอนแก่น. การศึกษาอิสระ วิทยาลัยสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2559.
- 4.สมยศ ลาปะ และชนะพล ศรีฤาชา. การสนับสนุนจากองค์กรที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อำเภอชุมแพ จังหวัดเลย. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
- 5.สมพร อุ่นคำ และ ประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) ; 2553.10(3), 61-74.
- 6.เสกสรร สองจันทร์ และประจักษ์ บัวผัน. การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาที่ตำบลสมเฝ้า อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) 16(6), กรกฎาคม-สิงหาคม 2554

แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ
MOTIVATION AFFECTING COMPETENCIES OF THE PROFESSIONAL NURSE IN SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, CHAIYAPHUM PROVINCE

นิตยา พันธุ์สง่า¹ ชัญญา อภิपालกุล²

Nittaya Pansangha¹ Chanya Apipalakul²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระบบพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 264 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คนและทำการสุ่มอย่างเป็นระบบตรวจสอบความตรง ตามเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาช 0.94 และนำแต่ละข้อหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง > 0.50 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง 30 พฤษภาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปแจกแจง ความถี่ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.8 อายุระหว่าง 31-40ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 86.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี ร้อยละ 39.0 (S.D.= 3.51) รายได้ 20,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 50.5 (S.D.= 3,538.51) ภาพรวมของแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.32) โดยพบว่าปัจจัยจูงใจและปัจจัยก้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = 0.36) และค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D. = 0.34) ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะหลักภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.38) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=0.655$, $p\text{-value}< 0.001$) และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ปัจจัยก้ำจุนด้านสถานทางอาชีพ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน และปัจจัยก้ำจุนด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 63.6 ($R^2 = 0.636$, $p\text{-value}<0.001$)

ABSTRACT

The study is cross-sectional descriptive research. The purposes of this study were to study The Motivation Affecting Competencies of the Professional Nurse in Sub-District Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province. . The population was 264 on the registered nurses in Sub-District Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province and the questionnaire was collected quantitative data by 105 samples. Systematic random sampling was the sampling technique which randomized from the population. The content validity of the questionnaire was evaluated by the 3 experts and reliability was tested and gained coefficient cronbach's alpha 0.94 and the questionnaire during 1st May 2017 to 30th May 2017. The data was analyzed by computer programs to acquire percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum, Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The results showed that the sample were female (83.8%). About 40.0 percent were aged between 31 to 40 years old. Most of the sample were couple (63.8%). About 86.6 percent hold bachelor's degree about 39.0 period of performance 6 to 10 years and about salary 20,001 to 30,000 bath (50.5%). Motivation support was found at high level Mean 3.80 (S.D.=0.32), the Motivation Factors and Hygiene Factors was found at high level Mean 4.08 (S.D. = 0.36) and Mean 3.52 (S.D.=0.34) and the competency of the registered in sub-district health promoting hospital, Chaiyaphum province was found at high level mean 4.08 (S.D. = 0.38) . There were predicted the competency of the registered nurses in sub-district health promoting hospital, Chaiyaphum province at 0.05 levels were the dimension of the recognition job

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คดอกเตอร์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

status , responsibility , achievement and advancement. These factors could predict the competency of the registered nurses in sub-district Health promoting hospital, Chaiyaphum province was determined to 63.6 percentages. $63.6 (R^2 = 0.636, p\text{-value} < 0.001)$

บทนำ

ปัจจุบันสภาพสังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมไทยรวดเร็วมาก ลักษณะของสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้คนไทยมีการใช้ชีวิตที่เร่งรีบในสังคมมากขึ้น ผลกระทบในหลายๆด้านที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ส่งผลไปถึงด้านสุขภาพของคนไทย การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ลักษณะของโรคต่างๆเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย จากโรคที่เคยเป็นเพียงแคโรคไม่ติดต่อได้กลายมาเป็นโรคติดต่อจำพวกโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและสามารถป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม จากการเจ็บป่วยดังกล่าวประชาชนจึงต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการบริหารจัดการหน่วยงานด้านสุขภาพของรัฐบาลเองยังขาดความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นจึงทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและขาดความเท่าเทียมกันในการใช้บริการทางด้านสุขภาพ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการไม่เพียงพอ ตลอดจนความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การกระจายทรัพยากรบุคคลที่ไม่เหมาะสม และอีกทั้งค่ารักษาพยาบาลในปัจจุบันยังมีราคาที่สูงกว่าการลงทุนในการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนไม่ตระหนักถึงป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ ส่งผลให้เกิดการให้บริการที่ขาดคุณภาพและประสิทธิภาพ จึงก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นมาเป็นรูปแบบการบริการที่มุ่งเน้นด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น รัฐบาลได้มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ ให้เป็นสถานบริการด้านสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกคน เปลี่ยนแนวคิดในการดูแลสุขภาพจากการตั้งรับให้บริการรักษาโรคมาเป็นการให้บริการแบบเชิงรุกในหมู่บ้าน ส่งเสริมรูปแบบการดูแลสุขภาพประชาชน โดยเน้นการสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ และเพื่อให้ประชาชน

ได้รับการเข้าถึงบริการอย่างใกล้บ้านใกล้ใจ (สำนักงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์, 2552)

จากนโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุข นับเป็นก้าวสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิมีการขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีความสำคัญยิ่งในการดำเนินงาน จำเป็นต้องมีการจัดการด้านบุคลากรสุขภาพให้สอดคล้องเหมาะสมเพื่อคุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการที่ประชาชนพึงได้รับ พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการผลักดันให้การดำเนินงาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เกิดขึ้นถือว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในบทบาทของตน และภาระงานที่ควรจะเป็นในฐานะผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำทีมการส่งเสริมสุขภาพ โดยประกอบด้วยภารกิจหลัก 4 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ และในด้านวิชาการพยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้ การให้คำปรึกษา มากกว่าการศึกษาวิจัย จากการศึกษาของวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย (2551) ศึกษาบทบาทพยาบาลเชิงเวชปฏิบัติกับผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า การทำงานเชิงเวชปฏิบัติเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพที่ถือว่ามีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการแสดงถึงสมรรถนะของการเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพ จากบทบาทของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะหลายๆด้าน ในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดเพื่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ตอบสนองกับนโยบายของรัฐและความต้องการของประชาชน ดังนั้นจากสมรรถนะหลักของสำนักงานคณะกรรมการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ข้าราชการพลเรือน สภากาชาดไทยจึงได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้น เพื่อประกอบการปฏิบัติงานและใช้ในการประเมินเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นการสื่อสารแก่ผู้บริหารส่วนกลางและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ทราบถึงภารกิจของงานการพยาบาลวิชาชีพ หน้าที่ความรับผิดชอบและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถจัดระบบสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก 5 สมรรถนะ ดังนี้ สมรรถนะที่ 1 ด้านการบริการที่ดี (Service Mind) สมรรถนะที่ 2 ด้านการทำงานเป็นทีม (Teamwork) สมรรถนะที่ 3 ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม (Integrity) สมรรถนะที่ 4 ด้านการสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ (Expertise) และสมรรถนะที่ 5 การมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Achievement Motivation) จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกาญจนา จันทร์ไทย, 2556) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคลากรที่สำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยตรง และก่อนที่จะมีการพัฒนาเกิดขึ้นควรมีการศึกษาปัจจัยหรือแรงจูงใจในการลงไปปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสียก่อน จากการศึกษาของ จาลาวัลย์ จิตจักร (2554) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับการดำเนินงานสร้างสุขภาพเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ทำการสุ่มสำรวจสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ประสงค์จะไปปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่า 8 ใน 10 คน โดยได้ให้เหตุผลว่าขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพ และลำดับรองลงมาคือ 7 ใน 10 คน ที่ให้เหตุผลว่า สถานที่ทำงานอยู่ไกลขาด

ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และจากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความก้าวหน้าและการพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ความมีอิสระในการทำงาน สิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เวลาทำงานที่เหมาะสม และด้านสิ่งตอบแทนที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานสร้างสุขภาพเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรืออาจกล่าวได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่เป็นตัวกระตุ้นในการปฏิบัติงานและเกิดความพึงพอใจในงาน (Koontz & Wehrich, 1993) ก่อให้เกิดผลสำเร็จของงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความเต็มใจและศรัทธา มีความพึงพอใจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg & Synderman, 1993) คนต้องการความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ก็เป็นองค์ประกอบของความพึงพอใจ โดยมีลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับ และความก้าวหน้าในหน้าที่เป็นส่วนประกอบของปัจจัยจูงใจ และนอกจากปัจจัยจูงใจแล้วปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) ก็มีสำคัญในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล นโยบายการบริหาร การปกครองและการนิเทศ เงินเดือน สภาพการทำงานและสวัสดิการ จากการศึกษาของวีระวรรณ เหล่าวิวัฒน์ (2556) ศึกษาถึงการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่า แรงจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีระดับปัจจัยจูงใจและระดับค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.84) ระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D. = 0.42) แรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.628$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.597$ $p\text{-value} < 0.001$, $r = 0.551$ $p\text{-value} < 0.001$) และยังพบว่า ปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบ ด้านความสำเร็จในงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 50.4%

จังหวัดชัยภูมิเป็นอีกหนึ่งจังหวัดในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ประกอบไปด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ได้เข้าร่วมปฏิรูประบบสุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นไปตามรูปแบบของการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 167 แห่ง ได้มีการกระจายอัตรากำลังบุคลากรให้ได้ตามโครงสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยอัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพ 1 ต่อประชากร 5,000 คน ต่อมาได้มีการกำหนดตัวชี้วัดของพยาบาลวิชาชีพในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (ยุทธศาสตร์เป้าหมายและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากข้อมูลการประเมินผลการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพพบว่า จังหวัดชัยภูมิมีผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของพยาบาลวิชาชีพค่อนข้างต่ำ (สรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เขต 9, 2559) จากตัวชี้วัดงานที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อให้งานมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเพิ่มภาระความรับผิดชอบมากขึ้นตามไปด้วย และจากผลการปฏิบัติงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพยังขาดความมั่นใจในสมรรถนะการปฏิบัติงานทุกด้าน ทั้งสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านการปฏิบัติงานในชุมชน สมรรถนะด้านการให้บริการด้านสุขภาพและสมรรถนะด้านการวิจัยเบื้องต้น แต่สิ่งที่จำเป็นที่ส่งผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ปัจจัยอีกหลายด้านที่จะทำให้งานบรรลุตามเป้าหมาย แต่ในที่นี้ขอก้าวไปถึงแรงจูงใจ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้เกิดผลกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) การเก็บข้อมูลทั้ง ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 264 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2559)

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร สูตร

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ $\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่า

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา แรงจูงใจ และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู (รติ บุญมาก และประจักษ์ บัวผัน , 2551) ซึ่งเป็น ลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัย ครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A,B}^2 = 0.613$

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ สำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่ง ได้ ค่า $R_{Y.A}^2 = 0.584$

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ ที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อ ไม่มีตัวแปรที่ต้องการ ทดสอบ $R_{Y.B}^2 = 0.029$

λ คือ ค่าความสัมพัทธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) เท่ากับ 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการ ทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 14 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

$$n = \frac{7.8(1 - 0.613)}{(0.613 - 0.584)}$$

$$n = 104.08 = 105 \text{ คน}$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 105 คน

ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับ แรงจูงใจและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1) (Likert , 1967) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถาม ลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับ แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับแบบวัดระดับสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพ และส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่ง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94 การแปล ผลคะแนนระดับโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มาก ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่ง ช่วงคะแนนเฉลี่ย (สำเร็จ จันทรสวรรณและสุวรรณ บัว ทวน, 2547) โดยแบ่งระดับ คือ มากที่สุด(4.50-5.00) มาก(3.50-4.49) ปานกลาง(2.50-3.49) น้อย(1.50-2.49) และน้อยที่สุด(1.00-1.49) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการ เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2560

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่ม แล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน(Inferential Statistics) ใช้ สถิติPearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือ การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์หา

ความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariate Relationship)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602090

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และรายได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.8 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 42.23 ปี (S.D. = 4.38 ปี) อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 56 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.6 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.0 เฉลี่ย 86 ปี (S.D. = 3.51 ปี) ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 20 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ 20001-30000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.5 เฉลี่ย 33,190.47 บาท (S.D. = 3,538.51 บาท) ต่ำสุด 25,000 บาท และสูงสุด 43,000 บาท

2. ระดับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา ระดับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 คะแนน (S.D. = 0.32) แรงจูงใจ ด้านปัจจัยจูงใจ และด้านปัจจัยก้ำจุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D. = 0.36) และ 3.56 คะแนน (S.D. = 0.34) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ใน ระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 4.21 คะแนน (S.D. = 0.44) รองลงมาคือ ด้านลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 4.13 คะแนน

(S.D. = 0.40) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.13 คะแนน (S.D. = 0.40)

ปัจจัยก้ำจุน ด้านสถานะทางอาชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.19 คะแนน (S.D. = 0.55) รองลงมาคือ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 คะแนน (S.D. = 0.48) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 คะแนน (S.D. = 0.70)

3.ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D. = 0.38) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม ค่าเฉลี่ย 4.17 คะแนน (S.D. = 0.48) รองลงมาคือ ด้านการทำงานเป็นทีม ค่าเฉลี่ย 4.13 คะแนน (S.D. = 0.49) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีค่าเฉลี่ย 3.99 คะแนน (S.D. = 0.41)

4 แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.655, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

วิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.618, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.584, p\text{-value} < 0.001$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจรายด้าน พบว่า ปัจจัยจูงใจส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ชัยภูมิ โดยปัจจัยจูงใจที่มีความสัมพันธ์สูงสุด คือ ด้านความรับผิดชอบ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก ($r = 0.660, p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านความสำเร็จในการทำงาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก ($r = 0.607, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ($r = 0.293, p\text{-value} = 0.002$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยค้ำจุนรายด้าน พบว่า ปัจจัยค้ำจุนส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ โดยปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์สูงสุด คือ ด้านสถานะทางอาชีพ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก ($r = 0.685, p\text{-value} < 0.001$) รองลงมาคือ ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก ($r =$

$0.578, p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด คือ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ($r = 0.203, p\text{-value} = 0.037$)

5. แรงจูงใจ ที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ คือ ปัจจัยค้ำจุน ด้านสถานะทางอาชีพ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ ($p\text{-value} = 0.031$) ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ($p\text{-value} = 0.001$) ปัจจัยค้ำจุน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน ($p\text{-value} = 0.011$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 63.6

จากผลการศึกษาได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

$$Y = 0.874 + (0.258) (\text{ปัจจัยค้ำจุน ด้านสถานะทางอาชีพ}) \\ + (0.165) (\text{ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ}) \\ + (0.212) (\text{ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน}) \\ + (0.139) (\text{ปัจจัยค้ำจุน โอกาสความก้าวหน้าในงาน})$$

ตารางที่ 26 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแรงงูใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² change
1. ปัจจัยค่าจุนด้านสถานะทางอาชีพ	0.258	0.375	4.864	<0.001	0.685	0.470	-
2. ปัจจัยงูใจด้านความรับผิดชอบ	0.165	0.193	2.183	0.031	0.755	0.570	0.100
3. ปัจจัยงูใจด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.212	0.247	3.274	0.001	0.782	0.611	0.041
4. ปัจจัยค่าจุนด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน	0.139	0.189	2.598	0.011	0.797	0.636	0.025

ค่าคงที่ = 0.874, F = 46.7, P-value <0.001, R = 0.797, R² = 0.636, R² adj = 0.621

6 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับแรงงูใจ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับแรงงูใจ และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม สามารถสรุปปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะได้ดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยงูใจ

ลักษณะงานที่ได้รับบางงานไม่สอดคล้องกับตำแหน่งหน้าที่ของตนเองทำให้งานไม่สำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้รวมถึงไม่สามารถปฏิบัติงานอย่างอิสระ ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติสามารถคิดวางแผนการปฏิบัติงานอย่างอิสระมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้สอดคล้องกับหน้าที่หลักกำหนดผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจนควรกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานต่างๆ อย่างชัดเจนและมีการกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอกำหนดให้ผลการปฏิบัติงานเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลงาน

2) ปัจจัยค่าจุน

มีการปรับเปลี่ยนนโยบายบ่อย การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง จำนวนบุคลากรไม่สอดคล้องมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน

ไม่เหมาะสมกับภาระงานไม่มีความชัดเจนของความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ขาดการนิเทศติดตามงานทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และนโยบายระยะยาว กำหนดกรอบอัตรากำลัง และจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกำหนดอัตราค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับภาระงาน กำหนดความก้าวหน้าในตำแหน่งให้ชัดเจนตามอายุงาน กำหนด และออกตรวจนิเทศ ติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา แรงงูใจมีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับแรงงูใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาาระดับแรงงูใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่าภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีแรงงูใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 คะแนน (S.D. = 0.32) จากผลการศึกษา ผู้ศึกษาเห็นว่า การที่พยาบาลวิชาชีพจะสามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพนั้น แรงงูใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

อิทธิพลช่วยเป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมให้พยาบาลวิชาชีพมีพลังในการดำเนินงานตามสมรรถนะให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D.=0.41), 3.70 (S.D.=0.41) และ 3.73 (S.D.=0.40) (มัลลิกา เทพอ่อน, 2554; วราภรณ์ ชูคันหอม, 2553 และ คารุง คอนสมจิตร, 2551 ตามลำดับ) แต่การทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ย่อมมีสภาพแวดล้อมของการทำงาน มีการกระตุ้นการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพต่างกัน ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ระดับแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ใน ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.57 (S.D.=0.48) และ 3.10 (S.D.=0.59) (เพ็ญพิชชา ล้วนดี และเขวาลักษณ์ อ่ำราไพ, 2558 และวราภรณ์ รวีชะวงศ์, 2552 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาระดับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้รับการกระตุ้น และผลักดันให้มุ่งมั่น เพื่อตอบสนองความต้องการให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้ โดยอภิปรายรายด้านได้ดังนี้

ระดับปัจจัยจูงใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อยู่ใน ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D. = 0.36) จากผล การศึกษา ผู้ศึกษาเห็นว่า ปัจจัยจูงใจเป็นสิ่งสร้างความพึงพอใจในงานให้เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพรักงานที่ปฏิบัติอยู่ การที่ระดับปัจจัยจูงใจของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก ย่อมทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัยจูงใจของ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D.=0.42), 3.93 (S.D.=0.42) และ 3.55 (S.D.=0.44) (มัลลิกา เทพอ่อน, 2554; วราภรณ์ ชูคันหอม, 2553 และ คุณากร สุวรรณพันธุ์, 2550 ตามลำดับ) แต่การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ย่อมมีลักษณะการทำงาน ตัวชี้วัดความสำเร็จในงาน การยอมรับนับถือ รวมไปถึงความก้าวหน้าในตำแหน่ง ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องใน ระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัยจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.10 (S.D.=0.68) (วราภรณ์ รวีชะวงศ์, 2552)

ระดับปัจจัยค่าจูงใจของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิอยู่ใน ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.56 คะแนน (S.D. = 0.34) จากผล การศึกษา ผู้ศึกษาเห็นว่า ระดับปัจจัยค่าจูงใจของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก ย่อมทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถ ปฏิบัติงานในองค์กรได้ในระยะเวลานานมีความมั่นคงใน การปฏิบัติงาน รวมไปถึงมีสัมพันธภาพที่ดีกับ ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัย ค่าจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D.=0.48) และ 3.59 (S.D.=0.46) (มัลลิกา เทพอ่อน , 2554 และวราภรณ์ ชูคันหอม, 2553) แต่นโยบายการ บริหารงานอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ สภาพ การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ แห่งแตกต่างกันตามบริบท ส่งผลให้ผลการศึกษาใน ครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา ไว้แล้วพบว่า ระดับปัจจัยค่าจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.09 (S.D.=0.56) และ 3.49 (S.D.=0.65) (วราภรณ์ รวีชะวงศ์, 2552 และคุณากร สุวรรณ พันธุ์, 2550 ตามลำดับ)

2. ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

ระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 คะแนน (S.D. = 0.38) จากผลการศึกษา ผู้ศึกษาเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ มีความรู้ความสามารถ ทักษะ และสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับตำแหน่งอยู่ในระดับมาก ย่อมส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ระดับสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.50), 3.71 (S.D.=0.66), 3.96 (S.D.=0.49), 4.12 (S.D.=0.44), 3.86 (S.D.=0.55 และ 4.07 (S.D.=0.48) (ยุพิน สุขเจริญและขวัญดาว กล้ารัตน์, 2558; สุปรานี ยมพุก และคณะ, 2555; พรพรรณ สุนทรสุด, 2554; มัลลิกา เทพอ่อน, 2554; บุญถม ชัยญวน, 2553 และสุนิด โชติกุล, 2553 ตามลำดับ) พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งสมรรถนะด้านการปฏิบัติการ สมรรถนะด้านการบริหาร มาตรฐานบริการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ภารกิจของงานต่างๆ ด้านการพยาบาล หน้าที่ความรับผิดชอบ จำเป็นจะต้องมีการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้สามารถจัดระบบสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

3. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ

แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

พบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.655$, $p\text{-value} < 0.001$) แรงจูงใจในองค์การ เป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ประพฤติปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามเป้าประสงค์ขององค์การ แรงจูงใจจึงสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า แรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.580$, $p\text{-value} < 0.001$; $r = 0.733$, $p\text{-value} < 0.001$; $r = 0.558$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.681$, $p\text{-value} < 0.001$ (มัลลิกา เทพอ่อน, 2554; วิราภรณ์ รวิยะวงศ์, 2552; ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร, 2551 และรติ บุญมาก, 2551 ตามลำดับ) แต่ด้วยบริบทการทำงานที่แตกต่างกัน อาจส่งผลให้มีการสร้างแรงจูงใจที่ต่างกันไป ซึ่งส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.750$, $p\text{-value} < 0.001$; $r = 0.752$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.733$, $p\text{-value} < 0.001$: กัญญาวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน , 2554; วิราภรณ์ รวิยะวงศ์, 2552 และฐาตุร เกษิต และประจักษ์ บัวผัน , 2551 ตามลำดับ)

ปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.618$, $p\text{-value} < 0.001$) การจัดสภาพแวดล้อมของการทำงานที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้ปฏิบัติงานเกิดความพอใจและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตาม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สมรรถนะ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยเชิงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.649$, $p\text{-value} < 0.001$; $r = 0.584$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.630$, $p\text{-value} < 0.001$ (พิมพ์วรา สิงห์วิวัฒน์ และประจักษ์ บัวผัน, 2557; ศุภชัย หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน, 2557 และกิตติมา ก้านจักร และประจักษ์ บัวผัน, 2556 ตามลำดับ) การกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ และจัดสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ทำให้เกิดความพอใจและเกิดแรงจูงใจในการดำเนินงานอาจมีความแตกต่างกันตามบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยเชิงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.711$, $p\text{-value} < 0.001$; นฤปวรรค์ พรหมมาวัย และประจักษ์ บัวผัน, 2553)

ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.584$, $p\text{-value} < 0.001$) การรักษาให้บุคคลปฏิบัติงานในองค์กรได้เป็นระยะเวลาได้นั้น การจัดสภาพแวดล้อมของการทำงานให้เหมาะสมเป็นอีกวิธีที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.575$, $p\text{-value} < 0.001$; $r = 0.522$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.575$, $p\text{-value} < 0.001$ (พิมพ์วรา สิงห์วิวัฒน์ และประจักษ์ บัวผัน, 2557; ศุภชัย หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน, 2557 และกิตติมา ก้านจักร และประจักษ์ บัวผัน, 2556 ตามลำดับ) แม้ว่าองค์กรจะพยายามสร้างแรงจูงใจ และจัดสภาพแวดล้อมของการทำงานเพื่อให้เกิดความพอใจและเกิดแรงจูงใจในการดำเนินงานของบุคลากร แต่การจะกระตุ้นสร้างแรงจูงใจนั้นอาจ

แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องในระดับที่ต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยเชิงใจ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.297$, $p\text{-value} = 0.001$; ศันสนีย์ ว่างค์ม่วย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2556)

4. แรงจูงใจ ที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิเคราะห์ แรงจูงใจ ที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ โดยการวิเคราะห์หาคดอยพหุคูณแบบขั้นตอ (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลและถูกเลือกเข้าสมการนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับดังนี้

แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ พบว่าแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ คือ

ปัจจัยค้ำจุน ด้านสถานะทางอาชีพ ($p\text{-value} < 0.001$) พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพที่ได้รับการยอมรับนับถือของสังคม มีเกียรติ และมีศักดิ์ศรี การยอมรับนับถือจากผู้รับบริการ ความรู้ความสามารถเฉพาะ ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ จึงมีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยค้ำจุน ด้านสถานะทางอาชีพ มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2554) ; นฤปวรรค์ พรหมมาวัย และประจักษ์ บัวผัน, 2553 และฐากร เกษิต และประจักษ์ บัวผัน, 2551) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยค้ำจุน ด้านสถานะทางอาชีพ ไม่มีผลต่อการ

ดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุกชัย หมิ่นมา และ ประจักษ์ บัวผัน, 2557 และกิตติมา ก้านจักร และประจักษ์ บัวผัน, 2556)

ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ (p-value = 0.031) การมอบหมายงานสามารถทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจได้จากการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2554) ; นฤพรรัตน์ พรหมมาวัย และประจักษ์ บัวผัน, 2553 และดาวรุ่ง ดอนสมจิตร และประจักษ์ บัวผัน, 2551) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความรับผิดชอบ ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุกชัย หมิ่นมา และประจักษ์ บัวผัน, 2557 และกิตติมา ก้านจักร และประจักษ์ บัวผัน, 2556)

ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงาน (p-value = 0.001) การปฏิบัติหน้าที่ให้สำเร็จตามเป้าหมาย และความสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ทำให้พยาบาลวิชาชีพความรู้สึกพอใจในผลงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงาน มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (นฤพรรัตน์ พรหมมาวัย และประจักษ์ บัวผัน, 2553 และดาวรุ่ง ดอนสมจิตร และประจักษ์ บัวผัน, 2551) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยจูงใจ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุกชัย หมิ่นมา และประจักษ์ บัวผัน, 2557 และกิตติมา ก้านจักร และประจักษ์ บัวผัน, 2556)

ปัจจัยค้ำจุน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน (p-value = 0.011) พยาบาลวิชาชีพเป็นตำแหน่งที่มีความรู้ความสามารถและเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และมีโอกาสฝึกอบรมฟื้นฟูพัฒนาทักษะความรู้ เพื่อความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยค้ำจุน ด้านโอกาส

ความก้าวหน้าในงาน มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ศันสนีย์ วงศ์ม่วย และวิทัศนจันทร์โพธิ์ศรี, 2556 และใจรัก กาญจนะ แลประจักษ์ บัวผัน, 2555) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยค้ำจุน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน ไม่มีผลต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุกชัย หมิ่นมา และประจักษ์ บัวผัน, 2557 และกิตติมา ก้านจักร และประจักษ์ บัวผัน, 2556)

ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 63.6

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรมีการส่งเสริมปัจจัยค้ำจุนด้านสถานะทางอาชีพซึ่งลักษณะของงานหรือสถานะที่เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกต่องานหรืออาชีพนั้นเป็นที่ยอมรับนับถือของสังคม มีเกียรติ และมีศักดิ์ศรี ตลอดจนการยอมรับนับถือจากผู้มารับบริการ ควรมีการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพให้พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมให้มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และให้ความสำคัญในการวางแผนการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล รวมถึงการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการสำหรับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริมปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้รับผิดชอบงานสำคัญที่เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของหน่วยงานการมอบหมายงาน ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงาน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กรเพื่อให้การดำเนินงานตามกิจกรรมและแผนงานแล้วเสร็จตามกำหนดเวลา

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรให้สนับสนุนปัจจัยจูงใจด้าน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ความสำเร็จในการทำงาน โดยให้ความสำคัญกับการวางแผน การป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ารวมทั้งมีผังควบคุมกำกับการทำงาน การสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางด้านเทคโนโลยีให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เพียงพอเหมาะสมและทันสมัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านการบริหารวิชาการและบริการ เพื่อให้การดำเนินงานตามกิจกรรมและแผนงานแล้วเสร็จตามกำหนดเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งเสริมความสำเร็จและความรู้สึกพอใจในผลงานในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรตระหนักถึงการพัฒนากุศลกรพยาบาลวิชาชีพในด้านการสนับสนุนให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพเช่นการบรรจุแต่งตั้งเพื่อส่งเสริมและสนับสนุน ให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ

2. ควรมีการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ชาญญา อภิบาลกุล ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอบพระคุณ ดร.สุทิน ชนะบุญ คุณประจักษ์ นาครินทร์ และคุณบุญพิสิฐย์ ธรรมกุล ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์ บัวผัน อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้ความเมตตาอบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาตลอดหลักสูตร และขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิทุกท่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อนร่วมงานในสังกัดทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำการศึกษาระดับนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กิตติมา ก้านจักร. การมีส่วนร่วมในการบริหารโครงการ To Be Number 1 ของคณะกรรมการดำเนินโครงการ To be Number 1 ของคณะกรรมการดำเนินโครงการ To be Number 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2556.
- กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิพงษ์. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
- คุณากร สุวรรณพันธุ์. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
- จาลาวัลย์ จิตจักร. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับการดำเนินงานสร้างสุขภาพเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.

- 5.โจรึก กาญจนะ. การปฏิบัติงานคุณภาพพระบยตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน เขต
สาธารณสุขที่ 12. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2555.
- 6.ฐากร เกษิต. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการและบริหารการคลังโดยใช้
หลักเศรษฐกิจพอเพียงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
- 7.ดาวรุ่ง คอนสมจิตร. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์
สุขภาพชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
- 8.นฤพรรัตน์ พรหมมาวัย. แรงจูงใจที่มีต่อการบริหารโครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
- 9.บุญถม ชัยญาน. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลัก ของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัด
ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
- 10.ปรัชญา แก้วพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของหัวหน้าสถานีอนามัย ในจังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
- 11.ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2552.
- 12.ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
- 13.ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
- 14.พรพรรณ สุนทรสุด. บรรยากาสององค์กรและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
- 15.พิมพ์วรา สิงห์วัฒน์. การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
- 16.เพ็ญพิชชา ส่วนดีและเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ. แรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การ
มหาชน).วารสารเกื้อการุณย์ ปีที่ 22. กรุงเทพฯ ; 2558.
- 17.มีลลิกา เทพอ่อน. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
เขตสาธารณสุขที่ 11. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
- 18.ยุพิน สุขเจริญ และ ขวัญดาว กล้ารัตน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 2 ; 2558.
- 19.รติ บุญมาก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ในการบริหารจัดการภาครัฐ ของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
บริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
- 20.วงษ์แสนห์ เครื่องฉาย. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการบริหาร จัดการตามมาตรฐานของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน
จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
- 21.วรารณ ชูคันหอม. แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานีอนามัย จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2553.
- 22.วรารณ รวยะวงศ์. การดำเนินงานทันตสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขในสถานีอนามัยจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2552.
- 23.วิระวรรณ เหล่าวิทวัส. การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2556.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

- 24.ศุภชัย หมั่นมา. การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
- 25.สันสนีย์ วงศ์ม่วยและวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2556.
- 26.สุนทร กัณฑ์หาสุระ. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักเทคนิคการแพทย์ ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับจังหวัด เขตสาธารณสุขที่ 12 วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2550.
- 27.สุนิต โชติกุล. การศึกษาสมรรถนะตนเองของพยาบาลประจำกลุ่มภารกิจหัวหน้าพยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วารสารกองการพยาบาล.กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย ;2553.
- 28.สุปราณี ยมทุก และคณะ. สมรรถนะของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2555.
- 29.สุพร วงศ์ประทุม. การพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2553.
- 30.สำเริง จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน . ประชากร : ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับประชากรและทฤษฎีทางประชากร . ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2542.
- 31.สัมพันธ์ บัณฑิตเสน. แรงจูงใจที่มีผลต่อการดำเนินงานตามกรอบการประเมินผลการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย. การศึกษา อีสระปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
- 32.อรุณ จิรวัดนกุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานา วิทยา ; 2550.
- 33.อรุณรัตน์ บัญจะและประจักษ์ บัวผัน. การบริหารการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2554.
- 34.Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavior sciences (2nd ed)*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum ; 1988.
- 35.Herzberg, F. Mausner, B., & Synderman, B.B. *The motivation to work*. New Jersey: Transeaction ; 1993.

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ADMINISTRATIVE FACTORS AFFECTING THE PERFORMANCE ON EPIDEMIOLOGY
SURVEILLANCE OF PUBLIC HEALTH OFFICERS IN SUB-DISTRICT HEALTH
PROMOTING HOSPITAL, ROI – ET PROVINCE

น้ำทิพย์ ศรีหนองจิก¹, ชัญญา อภิपालกุล²

Namtip Srinongkit¹, Chanya Apipalakul²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 154 คน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient และ Stepwise Multiple Regression Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า ระดับปัจจัยการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.83) และระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในภาพอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D. = 0.68) และ ภาพรวมของปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.729$, $p\text{-value} < 0.001$) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร, ปัจจัยด้านกระบวนการบริการ ซึ่งตัวแปรอิสระ 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 63.30 ($R^2 = 0.633$, $P\text{-value} < 0.001$) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ อย่างเพียงพอ และควรมีการจัดอบรมเพิ่มทักษะ ความรู้ ความสามารถ เพื่อเสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานระบาดวิทยา, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study management factors affecting the performance on epidemiology surveillance of public health officers in sub-district health promoting hospital, Roi – Et. Population-based study of the health authorities responsible for sanitation in health promotion hospital, Roi-et province. The total numbers of volunteers in this study were 154 volunteers provided quantitative data through a self-administered questionnaire while other 10 participated in in-depth interviews for qualitative data. The research instruments were examined for content validity by three experts and tested for reliability in a pilot study (Cronbach's alpha coefficient = 0.96). Data collection was carried out from May 1th to May 31th, 2014. The data was analyzed by descriptive statistics, Pearson's correlation pearson product moment correlation and stepwise multiple linear regression.

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results showed that the level of management factors was high (3.72±0.56) and the level of health officers food sanitation was also high (3.72±0.56). While management factors affecting the performance on epidemiology surveillance of public health officers in sub-district health promoting hospital, Roi – et high positive relationship ($r = 0.729$, $p\text{-value} = <0.001$). Linear regression model indicated that man, and management were 2 independent variables factors affecting the performance on epidemiology surveillance of public health officers in sub-district health promoting hospital, Roi – et at 63.30 percent ($r^2 = 0.633$, $p\text{-value} < 0.001$). The in-depth interview health officers food sanitation support money material adequately and should have training skills, knowledge and ability to empower for factors affecting the performance on epidemiology surveillance of public health officers in sub-district health promoting hospital, Roi – et

Keyword:Healthcare workers, epidemiological activity

บทนำ

ในวงการสาธารณสุขทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับโรคติดต่อ เนื่องจากปัจจุบันมีโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเกิดขึ้นบ่อย โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ที่มีอันตรายร้ายแรง ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ติดต่อกันจากสัตว์มาสู่คนก่อให้เกิดความวิตกกังวลไปทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นโรคMERS-CoV หรือ Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus เป็นเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจในกลุ่มเชื้อโคโรนาไวรัส ที่ระบาดในแถบตะวันออกกลางซึ่งก่อนหน้านี้ Zika virus ใน 3ทวีป ได้แก่ ทวีปแอฟริกา เอเชีย และปัจจุบันลาตินอเมริกา และโรคไข้สมองอักเสบนิปาห์ไวรัสที่ระบาดในประเทศมาเลเซีย และบังกลาเทศ แม้กระทั่งโรคไข้หวัดนกที่ระบาดอยู่ในภูมิภาคเอเชีย ในขณะนี้ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดได้ เมื่อปี พ.ศ. 2559 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยทั้งหมด 2 ราย Zika virus ที่มีศูนย์กลางเป็นพาหะนำโรค ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของประชาชนอย่างมาก ซึ่งมีการคาดการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ได้ทำนายว่าโรคบางโรคที่มีการระบาดอย่างรวดเร็ว และเป็นเชื้อที่มีความรุนแรงนั้น อาจพลิกผันทำให้ประชาชนเข้าสู่สภาวะวิกฤติเพียงชั่วข้ามคืน (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2559) และได้เกิดโรคติดต่อที่มีความร้ายแรงเกิดขึ้น เมื่อมีการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 ที่ได้ขยายการระบาด และส่งผลกระทบต่อเป็นวิกฤติทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้รายงานผู้ป่วยยืนยัน โรคนี้ ณ วันที่ 21มีนาคม 2553 ว่ามีผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 213 ประเทศ และพบผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 16,931 คน ดังนั้นรัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงการระบาดของโรคอุบัติใหม่เป็นอย่างดี

ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำนายความสามารถ ที่ต้องอาศัยยุทธศาสตร์และการวางแผนที่ดี และระบบราชการที่มีประสิทธิภาพตลอดจนการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่จะเป็นพลังในการขับเคลื่อน (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค, 2559) ดังนั้นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบายให้มีการป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งมีความว่าปัจจุบันจะเห็นได้ว่าปัญหาโรคระบาด โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ รวมไปถึงภัยพิบัติจากธรรมชาติและจากสารเคมีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งจัดได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนรวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย เช่น การเกิดโรคโรคMERS-CoV หรือ Middle East Respiratory Syndrome-Corona Virus ซึ่งในประเทศไทยพบผู้ป่วยผ่านเข้ามาในเขตแดน 2 คน และโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่ยังเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบันนี้

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงให้ทุกจังหวัดดำเนินงานตามมาตรการควบคุมป้องกันโรค เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในวงกว้างและลดการเสียชีวิต ดังนี้ (1) เฝ้าระวังโรคในกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด เพื่อตรวจจับการระบาดให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น (2) สถานพยาบาลทุกแห่ง ทบทวนและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด รวมทั้งมีการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยรุนแรง หรือภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และ/หรือตั้งครรภ์ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย (3) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมรณรงค์ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อป้องกันการ

แพร่เชื้อทั้งในครอบครัว และชุมชนการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงการสร้างความเข้มแข็งทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วเพื่อพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ระดับประเทศและเป็นเครือข่ายโรค นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง แม้ว่าขณะนี้จะมีทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วอยู่ 1,030 ทีม ที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติแล้วก็ตาม สิ่งที่ยังต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือ การสร้างทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ให้มีเพียงพอ และครอบคลุมในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ยังต้องอบรมพัฒนาต่อยอดให้เป็นเครือข่ายสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วระหว่างประเทศในภูมิภาคนี้ด้วย⁽⁹⁾

โดยจากอดีตจนถึงปัจจุบันประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของปัญหาโรคติดต่อต่าง ๆ และมีการพัฒนารูปแบบการทำงานโดยมีการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2456 โดยมีการออกพระราชบัญญัติระงับโรคระบาดเป็นครั้งแรก ซึ่งประกอบด้วยกาฬโรค อหิวาตกโรค และไข้ทรพิษ และเริ่มมีการรายงานผู้ป่วยกาฬโรคเป็นโรคแรก ต่อมาได้มีการเพิ่มการรายงานโรคอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และเศรษฐกิจของประเทศเนื่องจากมีการออก “ประกาศจัดการป้องกันอหิวาตกโรคกำหนดให้แจ้งความผู้ป่วย” พ.ศ. 2462 และ “ประกาศจัดการป้องกันไข้ทรพิษกำหนดให้แจ้งความผู้ป่วย” ในปี พ.ศ. 2468 ในระยะแรกยังไม่มีหน่วยงานใดในกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่โดยตรง หรือรับผิดชอบรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ต่อมาในปี พ.ศ. 2515 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกพระราชกฤษฎีกาปรับปรุงส่วนราชการให้สำนักงานระบาดวิทยากลางได้ยกฐานะเป็นกองระบาดวิทยา และย้ายมาสังกัดในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการเฝ้าระวังโดยมีสถานบริการทั้งภาครัฐ และส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศเป็นเครือข่าย กองระบาดวิทยาได้ออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานจัดสร้างเครือข่าย และกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ

ในแต่ละระดับในเกิดการเฝ้าระวังที่เป็นระบบอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยใช้ระบบเฝ้าระวังโรคด้วยบัตรรายงาน 506 จนนนำไปสู่การวางแผน การกำหนดนโยบาย เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพในระยะต่อมา (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ถือเป็นฐานที่สำคัญมากของงานระบาดวิทยาสำหรับงานสาธารณสุขยุคใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันอย่างต่อเนื่อง ในอดีตการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคที่เกิดขึ้นเป็นแนวทางในการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ ต่อมาได้มีการขยายและเพิ่มแนวทางให้มีความครอบคลุมโรคไว้เชื้อ และงานสาธารณสุขอื่น ๆ อีกด้วย เช่น การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ เป็นต้น ในขณะเดียวกัน จากระบบรายงานโรคที่มีความทันสมัย ส่งผลให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการกระจายจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายช่องทาง ทำให้เกิดทั้งผลดี และผลเสียต่าง ๆ มากมาย แต่ก็ยังเป็นปัญหา คือ จากระบบรายงานโรคที่มีอยู่นั้น ยังไม่สามารถที่จะให้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว และเพียงพอต่อการดำเนินการได้ทันเวลา จึงจำเป็นต้องพัฒนาาระบบเฝ้าระวังโรคใหม่ให้มีความเร็วกว่าเดิม (สำนักโรคระบาด กรมควบคุมโรค, 2559)

ในการป้องกันโรคนั้น จึงมีการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ซึ่งถือได้ว่าเป็นกิจกรรมหลักที่มีความสำคัญมากกิจกรรมหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ทราบถึงการเกิดโรคต่าง ๆ ในชุมชน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล (Collection of Data), การเรียบเรียง และการนำเสนอข้อมูล (Consolidation and Presentation), การวิเคราะห์ข้อมูลการแปลผล (Analysis and Interpretation), และการกระจายข้อมูลข่าวสาร (Dissemination of Information) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยอาศัยระบบการบันทึกในลักษณะต่าง ๆ เป็นเครื่องมือ อาทิ แบบรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ บัตรรายงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผู้ป่วย (แบบ รง.506), บัตรเปลี่ยนแปลงรายงาน (แบบ รง. 507) และแบบเรียบเรียงข้อมูลทางระบาดวิทยา ประกอบด้วย บัญชีผู้ป่วยแยกโรค (แบบ E.1), บัญชีผู้ป่วย และตายเฉพาะ โรคจำแนกตามสถานที่เป็นรายเดือน (แบบ E.2), บัญชีผู้ป่วย และตายเฉพาะ โรคจำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศเป็นรายเดือน (แบบ E.3), แบบบันทึกผู้ป่วยประจำวัน (Daily record) และแบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (แบบ E.4) ⁽¹²⁾ ซึ่งในการศึกษาการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย พื้นที่ โชนใต้ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การบังคับบัญชาสั่งการ การวางแผน และประสานการดำเนินงานด้านระบาดวิทยา สามารถร่วมกันทำนายผลของการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย พื้นที่ โชนใต้ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 54 ⁽⁵⁾ การศึกษาระดับการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนของจังหวัดอุดรธานี พบว่า มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความสามารถเรื่องการแจ้งการระบาดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ความสามารถในการรายงานโรคความสามารถด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลความหมาย ⁽³⁾

การดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถือได้ว่าเป็นกลาง ข้อมูลข่าวสารการเกิดโรคจากหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ จะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ได้ ถ้าขาดปัจจัยทางการบริหารซึ่งประกอบด้วย คน (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และวิธีการปฏิบัติ (Method) เทคโนโลยี (Technology) เวลา (Time) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการบริหารงาน และการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งได้ยึดหลักการจัดการของ (Henry Fayol, 2006) ประกอบด้วย (1) การวางแผน (Planning) คือ การคาดการณ์ด้วยเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอนาคต (2) การจัดองค์การ (Organizing) คือ การจัดโครงสร้างงานต่าง ๆ และอำนาจหน้าที่ให้เหมาะสม (3) การบังคับ

บัญชาสั่งการ (Commanding) คือ การสั่งการต่าง ๆ แก่ผู้ใต้บังคับบัญชาโดยที่ผู้บริหารต้องเป็นอย่างไรที่ดี และเข้าใจผู้ใต้บังคับบัญชา (4) การประสานงาน (Coordinating) คือ การเชื่อมโยงคนทุกคนให้ดำเนินงานไปสู่เป้าหมาย (5) การควบคุม (Controlling) คือ การกำกับกิจกรรมต่าง ๆ ให้ดำเนินงานไปตามแผน (Henry Fayol อ้างใน R.K.Sapru, 2006) และได้มีการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยทางการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับมาก คือ คือปัจจัย ด้านบุคลากรและปัจจัยด้านการบริหาร ⁽²⁾ การศึกษาปัจจัยทางการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับปานกลาง คือ ปัจจัยด้านอุปกรณ์ ปัจจัยด้านกำลังคน และปัจจัยด้านงบประมาณ และปัจจัยด้านกระบวนการบริหารคือการบังคับบัญชาสั่งการ การจัดการองค์กร การประสานงาน และการวางแผน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับสูงและการควบคุมกำกับอยู่ในระดับปานกลาง ⁽¹⁾

โดยจังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามคู่มือการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของกระทรวงสาธารณสุข เช่นกัน และในจังหวัดร้อยเอ็ด มีเครือข่ายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด 20 อำเภอ โรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 20 โรงพยาบาล และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 229 แห่ง ปัจจุบันมีทีม SRRT ตำบล จำนวน 229 ทีม โดยมีหน้าที่เฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา สอบสวน และควบคุมป้องกันโรค ซึ่งจากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เดือน กรกฎาคม 2559 งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า มีศูนย์ระบาดวิทยาบางอำเภอที่ควรปรับปรุงการส่งรายงาน 506 เพราะไม่มีการดำเนินการส่งรายงาน 506 มี 4 อำเภอ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด 9 แห่ง เฉลี่ยร้อยละ 20.0 และ

แจ้ง Zero report ทั้งหมด 4 แห่ง มีความทันเวลาของข้อมูล ควรปรับปรุงความทันเวลาการส่ง รง. 506 ปี 2559 ซึ่งมีบางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ส่งรายงานไม่ทันเวลา เฉลี่ยร้อยละ 10 จึงทำให้เป็นปัญหาในการติดตามควบคุมโรคที่ทันต่อสถานการณ์และส่งผลในการดำเนินงานที่ขาดประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

ดังนั้นการปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำเป็นต้องมีประสิทธิภาพจึงจะส่งทำให้การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยามีประสิทธิภาพไปด้วย ฉะนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้ทราบถึงผลสะท้อนที่เป็นจริง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานระบาดวิทยา เพื่อให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในจังหวัดร้อยเอ็ด จะได้นำปัจจัยทางการบริหารไปประยุกต์ใช้ให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหาร ที่ผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัจจัยทางการบริหาร ที่ผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 229 คน⁽⁸⁾

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การ

ถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988)⁽¹⁴⁾ มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร สูตร

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ $\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิง

พหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษา ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย พื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า = 0.564

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model (-) ซึ่งได้ค่า = 0.505

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ

เชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ = 0.059

λ คือ ค่าความสัมพันธระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เขต B) เท่ากับ 6 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

$$N = \frac{16.011592}{0.564}$$

0.564-0.505

$$n = 153.05 = 154$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 154 คน

ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) และกลุ่มบุคคลที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก เลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ทั้งหมด 10 คน คือบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการปฏิบัติงานทางระบาดวิทยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดีที่สุด (Key informants) จำนวน 10 คน ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด และเป็นบุคคลที่บุคคลอื่นให้การยอมรับ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เป็นแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In – Depth Interview) ที่ผู้วิจัยได้ทำขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 2 ชุด ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.5.1 ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส รายได้ ประสบการณ์ทำงานและฝึกอบรมงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ด้านการบริหาร ด้านเวลา ด้านเทคโนโลยี โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5 , 4 , 3 , 2 , 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 การแปลผลคะแนนระดับโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (สำเร็จ จันทรสุวรรณและสุวรรณ บัวทวน, 2547) โดยแบ่งระดับ คือ มากที่สุด(4.50-5.00) มาก(3.50-4.49) ปานกลาง(2.50-3.49) น้อย(1.50-2.49) และน้อยที่สุด(1.00-1.49) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2560 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2560

2. 2 แบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In – Depth Interview) แนวทางในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 3 ส่วน ด้วยกัน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบได้โดยอิสระ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบได้โดยอิสระ ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการ

ปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อส่งผลสู่เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบได้โดยอิสระ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือการถดถอยพหุแบบขั้นตอน ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 18 เมษายน 2560 เลขที่ HE 602086.

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 อายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 32.60 อายุเฉลี่ย 37.41 ปี (S.D. = 8.85) อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 56 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 65.60 ระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 85.70 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 54.50 รายได้อยู่ระหว่าง

10,001-20,000 บาทจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 44.60 รายได้เฉลี่ย 24,202.48 บาท (S.D. = 10,254.87) รายได้ต่ำสุด 9,750 บาท รายได้สูงสุด 45,000 บาท ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพ ระยะเวลา 1-10 ปี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เฉลี่ย 6.86 ปี (S.D. = 6.77) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ต่ำสุดจำนวน 1 ปี ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำนวน 26 ปี และการได้รับการฝึกอบรมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีจำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 93.50 ผู้ที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6.50

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ภาพรวมผลการศึกษาระดับปัจจัยการบริหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยทางการบริหารการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.83) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยทางการบริหารที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านเวลา โดยระดับความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D. = 0.83) รองลงมาได้แก่ปัจจัยด้านการบริหาร ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 3.62 (S.D. = 0.77) ส่วนปัจจัยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยด้านเทคโนโลยี โดยมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.38 (S.D. = 0.85)

3. ระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังโรค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D. = 1.23) รองลงมา คือ การปฏิบัติงานด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D. = 0.73) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การปฏิบัติงานด้านการสื่อสารสาธารณะอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D. = 0.89)

4. ปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ด้านบุคคลากร (p-value < 0.001) ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร (p-value < 0.001) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 63.30 ตามลำดับ

5. ปัจจัยการบริหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวังระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจกับตัวแปรตาม คือการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผลการวิเคราะห์จะทำให้ทราบว่าตัวแปรใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ซึ่งในกระบวนการนี้มีหลักเกณฑ์คือการนำตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยครั้งละ 1 ตัวแปร ถ้าตัวแปรต้นที่นำเข้ามามีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่มีอยู่แล้วในสมการถดถอย วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จะตัดตัวแปรต้นที่สัมพันธ์กันตัวใดตัวหนึ่งออกจากสมการถดถอยเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรต้นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด และจะถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงลำดับดังนี้ ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยด้านบุคลากร (p-value<0.001)ปัจจัยด้านการบริหาร (p-value=0.001) สรุปได้ว่า ตัวแปรต้นทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้

ตารางที่ 1 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	B	Beta	t	P-value	R	R ²
1. ด้านบุคลากร	0.451	0.425	5.087	< 0.001	0.644	0.415
2. ด้านการบริหาร	0.384	0.387	4.640	< 0.001	0.719	0.517

ค่าคงที่ = 0.446, F = 54.549, P-value < 0.001

**6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อส่งผล
สู่เป้าหมายต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด**

โดยการรวบรวมจากแบบสอบถามปลายเปิด จากแบบสอบถามทั้งหมด 189 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจำนวน 41 ฉบับ สรุปได้ดังนี้โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ปลายเปิด แบบสอบถาม 154 ชุด กลุ่มตัวอย่างได้เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะทั้งหมด 59 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 41.8 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ คือ ปัจจัย ทางการบริหาร ด้านงบประมาณ รองลงมาด้านวัสดุ อุปกรณ์ ส่วนปัญหาอุปสรรคน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านเวลา ส่วนข้อเสนอแนะ ส่วนใหญ่ คือ การสนับสนุนทางการเงิน และงบประมาณจากส่วนกลาง ควรอนุมัติ งบประมาณให้รวดเร็วขึ้น และเพิ่มขึ้น รองลงมา ได้แก่ ด้านวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการ ดำเนินงานเพิ่มเติมให้เพียงพอ และรวดเร็ว ส่วน ข้อเสนอแนะน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านเวลา ในบางโครงการ ต้องเพิ่มระยะเวลาในการปฏิบัติมากขึ้น โครงการใหญ่ ต้องใช้เวลานานในการการดำเนินงาน กิจกรรม บทบาทหน้าที่ ของนักวิชาการสาธารณสุขส่วนใหญ่ด้านการวางแผน รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติการ น้อยที่สุด คือด้านการ ประสานงาน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ร้อยเอ็ด มีรายละเอียด ดังนี้

1 ระดับปัจจัยทางการบริหารการปฏิบัติงานเฝ้า ระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการศึกษา ระดับปัจจัยการบริหารของกลุ่ม ตัวอย่าง พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัย ทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.56) จากการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมีการทำงาน หรือจำเป็นต้องใช้หลักการบริหารงาน ในองค์กรเพื่อนำมาสู่การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ก็เนื่องมาจากมีตัวชี้วัดที่เป็นตัวกำหนดในการดำเนินงาน ซึ่งการบริหารงานก็เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่มีกำหนดไว้จึง เป็นผลสู่การบริหารงานอยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของฉัฐพงษ์ ศิลาเหลือ (2556)⁽²⁾ ศึกษาปัจจัย ทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ภาพรวมระดับปัจจัยการบริหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน ระดับ สูง ค่าเฉลี่ย 3.51 (S.D. = 0.83) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ บุญทัน สมิน้อย และประจักษ์ บัวผัน (2554)^(5,6) ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการ บริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้า ระวังทางระบาดวิทยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัย พื้นที่อำเภอ โชนใต้ จังหวัดขอนแก่น พบว่าภาพรวมของปัจจัย ทางการบริหารในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยในพื้นที่โชนใต้ จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.= 0.44) เช่นเดียวกับการศึกษาของอากม ปัญญาแก้ว และ ประจักษ์ บัวผัน (2554)^(6,13) ศึกษาปัจจัยการบริหาร และ กระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลักใน การปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานอนามัย เขตโชนเหนือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมปัจจัยการบริหารใน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

การปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.78 (S.D. = 0.41) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน (2553)^(6,11) ศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ในภาพรวมปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.50 (S.D.= 0.61) จากผลการศึกษาวิจัยที่ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยการบริหารอยู่ในระดับมากนั้นอาจเนื่องจากว่าผู้บริหารของหน่วยงานมักจะได้ใช้ปัจจัยการบริหารกับการบริหารหน่วยงานเป็นประจำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุกิตติ์ นาคำ (2556) ศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยการบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.18 (S.D. = 0.78) เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญถนอม ชัยญวน และประจักษ์ บัวผัน (2553)^(4,6) ศึกษาปัจจัยทางการบริหาร และกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D. = 0.56) และไม่สอดคล้องเช่นเดียวกับการศึกษาของ วรรณลดา กลิ่นแก้ว และพิรศักดิ์ ศรีฤชา (2552) ศึกษาปัจจัยทางการบริหาร และกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี พบว่า ปัจจัยทางการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.28 (S.D. = 0.61) อาจเนื่องจากบริบท เวลา สถานการณ์ที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกัน อีกทั้งระหว่างหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกันจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ระดับปัจจัยการบริหารแตกต่างกัน ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยการบริหารของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาในระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างพบว่าใน

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.72 (S.D. = 0.56) สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน (2554)^(6,13) ศึกษาปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัย เขต โชนเหนือ จังหวัดขอนแก่น พบว่า การปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D. = 0.44) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน (2553)^(6,11) ศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.65 (S.D.= 0.58) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉัฐพงษ์ ศิลาเหลือง (2556)⁽²⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.49 (S.D. = 0.68)

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายด้าน พบว่า การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การกระจายข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.59) รองลงมา คือ การปฏิบัติงานด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D. = 0.53) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรวบรวมข้อมูล อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D. = 0.68)

ข้อเสนอแนะ

1 ควรมีการส่งเสริมหรือกระตุ้นให้มีการควบคุมกำกับกับการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานและกิจกรรมที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2 ควรมีการจัดสรรงบประมาณในแต่ละปีงบประมาณให้เพียงพอและเหมาะสมสำหรับการทำงานของฝ่ายต่างๆ ทั่วประเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3 ควรมีการจัดอบรมและส่งเสริมในการพัฒนาทีมงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานฝ่ายต่างๆ ทั่วประเทศ

4 ควรมีการสรรบุคลากรให้เพียงพอกับภาระงานในการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร เพื่อทดแทน กรณีมีการย้าย ลาออก หรือเกษียณอายุ เพื่อส่งผลการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1 ควรมีการศึกษาการควบคุมกำกับงานด้านการดำเนินงานฝ่ายต่างๆ ทั่วประเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการดำเนินงานฝ่ายต่างๆ ทั่วประเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่น ๆ เช่น มีการศึกษาในเชิงปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับเกียรติและสนับสนุนด้วยความเมตตาจากผู้มีพระคุณหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.ชาญ อภิบาลกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาด้านวิชาการ เสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งเอาใจใส่ช่วยเหลือและให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทพ.สุวิทย์ อุดมพณิชย์ ประธาน สอปปก วิทยาลัย วิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ กรรมการ สอปปก วิทยาลัย วิทยานิพนธ์ อีกทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน เพื่อนร่วมงานทุกท่าน และครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

- 1.จิตรภรณ์ แสงรุ่งนภาพรรณ.(2549). ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการดำเนินงานฝ่ายต่างๆ ทั่วประเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 2.ณัฐพงษ์ ศิลาลือทอง. (2556). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 3.นิยม สารจันทร์. (2554). แรงจูงใจ ความรู้และการปฏิบัติงานทางระดับของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดอุดรธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 4.บุญถม ชัยภูวน และประจักษ์ บัวผัน. (2553). ปัจจัยทางการบริหาร และกระบวนการบริหารที่มีผล ต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 37-46.
- 5.บุญทัน สมน้อย และประจักษ์ บัวผัน. (2555). ปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานฝ่ายต่างๆ ทางระดับของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัย พื้นที่อำเภอโชนใต้ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข., 16 (6), 706-715.
- 6.ประจักษ์ บัวผัน. (2558). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2559). กลุ่มงานระดับวิทยา. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
- 8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (2559). กลุ่มพัฒนาบุคลากร. ร้อยเอ็ด: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
- 9.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559).นโยบายและทิศทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- 10.สำเริง จันทสุวรรณ. (2547). สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- 11.สุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน. (2553). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน
ด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข., (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10 (3), 75-88.
- 12.สุพรรณิ ศรีอำพร. (2554). วิทยากรระดับ : ความรู้พื้นฐาน. ขอนแก่น: ภาควิชาพยาบาลวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 13.อาคม ปัญญาแก้ว และประจักษ์ บัวผัน. (2554). ปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลัก
ในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัย เขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข., 16 (7), 855-863.
- 14.Cohen,J. (1988). Statistical power analysis for behavior science. 2nd ed. New York: Academic Press.

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ
อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

THE PARTICIPATION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEER EFFECTING ELDERLY CARE,
PHEN DISTRICT, UDONTHANI PROVINCE

ชูดากรณ์ อินภิรมย์¹, ชัญญา อภิपालกุล²

Chudakorn Inpirom¹, Chanya Apipalukul²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research)นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 1,995 คนและทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Random Sampling)ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 คนจากนั้นทำการจัดเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(Content Variable) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)ใช้วิธีการของครอนบาช (Cronbach's Method) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา(Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ0.90 ซึ่งดำเนินการจัดเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 20 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ใช้สถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการจัดทำศึกษายวิจัย พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$; S.D.= 0.50) และระดับการดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน ($\bar{X} = 3.80$; S.D= 0.52)การสำรวจผู้สูงอายุ การสร้างจิตสำนึก มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.519$, p-value<0.001) ($r = 0.501$, p-value <0.001)ตามลำดับ การเฝ้าระวังสุขภาพ การประสานงานความสัมพันธ์ระดับต่ำ ทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.266$, p-value<0.001)($r = 0.126$,p-value <0.049)ตามลำดับ การสำรวจผู้สูงอายุ การสร้างจิตสำนึก การเฝ้าระวังสามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีได้ร้อยละ34.6 ปัญหา อุปสรรค พบว่า ส่วนใหญ่คือ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังร้อยละ30.0 ปัญหาอุปสรรค รายด้านต่อมาได้แก่ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร้อยละ27.5การสร้างจิตสำนึก ร้อยละ25.0 การสำรวจ ร้อยละ20.0 การนำข้อมูลผู้สูงอายุร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา ร้อยละ15.0 ตามลำดับซึ่งในส่วนข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ คือ การนำข้อมูลผู้สูงอายุร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา ร้อยละ 25 ข้อเสนอแนะรายด้านต่อมา ได้แก่ การเฝ้าระวัง ร้อยละ 17.5 การสำรวจผู้ร้อยละ 15.0 การสร้างจิตสำนึก ร้อยละ 12.5 การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 10.0

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม,การดูแล,ผู้สูงอายุ

Abstract

The study was cross-sectional descriptive research. The objective was to the The participation of village health volunteer effecting elderly care, phen district, udonthani province.The total number of village health volunteers in this study was 1,995 and 245 were draw as subjects using the systematic random sampling technique. The data were collected by the developed questionnaire and Advices, which was verified by the 3 experts. Its validity was tested and gained Cronbach's alpha coefficient 0.90 the data collection was carried out from April 20, 2017 to May 20, 2016. The collected data were analyzed by a computer package program. Descriptive statistic, value percentage, means, median, standard deviation, Pearson's coefficient and stepwise multiple regression analysis, content analysis were used to analyze the data

The results show that overall, the level of participation of village health volunteer effecting elderly care, phen district, and udonthani province. In the participation were high level (3.77 ± 0.50). And the elderly care of high level (3.80 ± 0.52), participation Relationship level Moderate positive with volunteer elderly care level of statistical significant .01($r = 0.39$, p-value<0.001).The factor participation of village health volunteer effecting elderly care. Were Survey of the Elderly in the Community, Creating consciousness in caring for the elderly, Health

¹ นิสิตหลักสูตรการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์สาขาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

surveillance for the elderly the three factors could together predict of participation of village health volunteer effecting elderly care. At the 34.6% at the significant level of 0.01. Problem and obstacles arising from the study Coordination with relevant agencies. And bringing the elderly information together to plan community and local problems. So that there should be support for village health volunteers. Get involved, get to know the problems of the elderly, to plan and coordinate problems with the community and local.

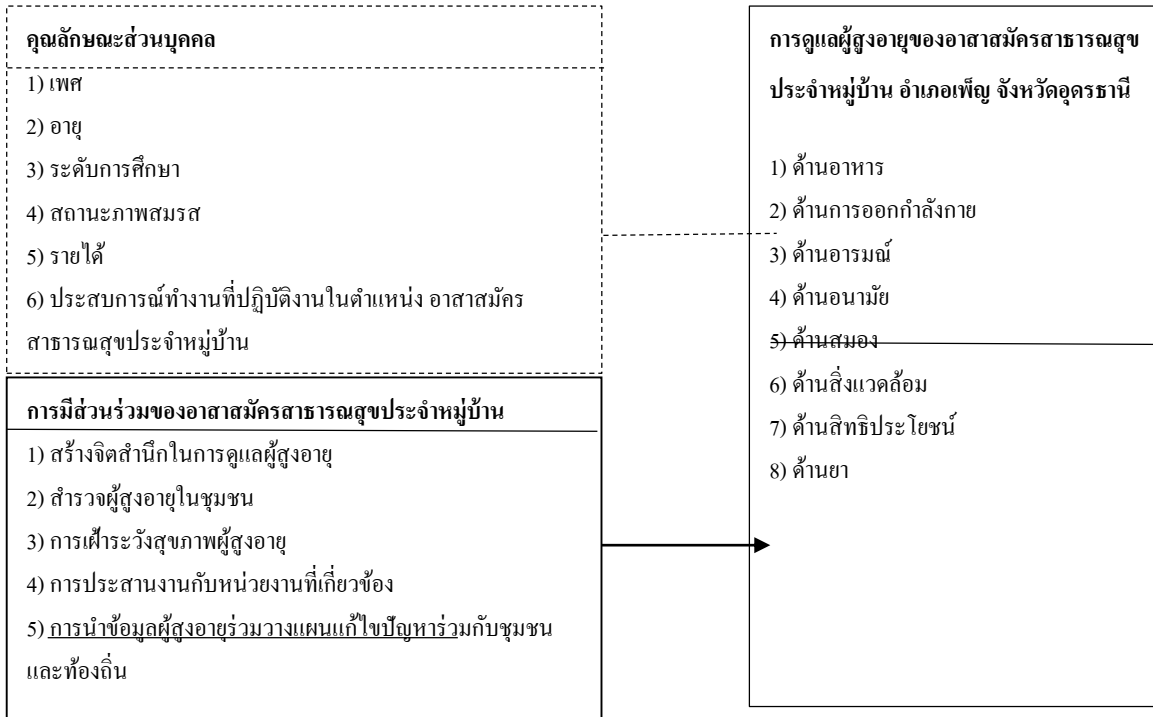
บทนำ

ปัจจุบันการแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมีมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศไทยการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์⁽³⁾ การแก้ไขปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลได้มีแนวนโยบายรองรับโดยใช้แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชนตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชนและประเทศ การร่วมกันกระตุ้นเพื่อให้ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การร่วมมือกันในชุมชน การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การปรับตัวทางด้านสังคมและจิตใจของผู้สูงอายุ และในขณะที่จำนวนประชากรไทยเริ่มมีแต่โครงสร้างด้านอายุของประชากรได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้าน คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่ภาระเพราะสังคมไทยยังคงยึดถือเรื่องความกตัญญูทวดเทวีที่ถือว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถ ดำรงชีวิตประจำวันได้นั้นเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัว สังคมในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะคอยช่วยเหลือดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมซึ่งการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้านคือ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัย ด้านสมอง ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสิทธิ และด้านยา⁽¹⁾ แนวทางที่จะทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ให้ประสบผลสำเร็จนั้นจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะต้องประกอบด้วย การมีส่วนร่วมทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการมีส่วนร่วมในการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการมีส่วนร่วมในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และด้านการมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลผู้สูงอายุร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาหารือร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น⁽⁴⁾

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และระดับการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
 2. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
 3. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี
- กรอบแนวคิดในการวิจัย** จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีตัวแปรที่สำคัญดังนี้การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งผู้ศึกษาได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดวิจัยดังนี้



วิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1,995 คน^(๑) และทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ(Systematic Random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 245

$$สูตร \quad N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ

$$\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$$

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \quad - \quad >$$

$$N = \frac{7.8(1 - 0.624)}{(0.624 - 0.612)} = 244.4 \text{ แล้วนำค่า } N \text{ มาคำนวณหาค่า } v$$

จะได้ $v = 244.4 - 1 - 4 - 1 = 238.4$ ซึ่งในตารางค่า v มีค่าอยู่ระหว่าง 120-∞ นักวิจัยสามารถนำค่าที่ได้ไปใช้ในการหาค่า λ ในสมการที่ 2 โดยค่า $v_L = 120$ $v_U = \infty$ เมื่อเปิดตาราง 9.4.2 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha = 0.05$) จะได้ค่า $\lambda_U = 7.80$ $\lambda_L = 7.80$ แทนค่าในสมการที่ 2 ดังนี้

$$\lambda = 7.80 - \frac{1/120 - 1/1,989}{1/120 - 1/\text{infinity}} (7.80 - 7.80)$$

= 7.80 นำค่า λ ไปแทนค่าในสมการที่ 1 อีกครั้ง จะได้ $N = 244.4$ หรือขนาดตัวอย่าง จำนวน 245 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และระดับการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

ความถี่ ร้อยละ กรณีนี้อาศัยข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวนั้น

จะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale)

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ของอิลิฟสัน เกรีท (Elifson, 1990) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง $+1$ แบ่งระดับดังนี้

มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect relationship)	หมายถึง	$r = \pm 1$
มีความสัมพันธ์สูง (Strong relationship)	หมายถึง	$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate relationship)	หมายถึง	$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak relationship)	หมายถึง	$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30
ไม่มีความสัมพันธ์ (No relationship)	หมายถึง	$r = 0$

2) ใช้สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือการถดถอยพหุแบบขั้นตอน ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่อธิบายความสัมพันธ์ของของตัวแปรต้นตั้งแต่ 2 ตัว ที่มีผลต่อตัวแปรตามตัวเดียว วิเคราะห์เพื่อหาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

3) การประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่น (95% Confident interval)

4) การศึกษาครั้งนี้ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	Mean	S.D.	ระดับ
1. การสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุ	3.91	0.63	มาก
2. การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน	3.90	0.69	มาก
3. การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ	3.75	0.75	มาก
4. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.88	0.88	มาก

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 82.0 ส่วนใหญ่อายุ 37-50 ปี จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.86 ปี (S.D. = 8.37 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 60.0 ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรส คู่ จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 89.0 ส่วนใหญ่รายได้ 4201-7800 บาท จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 รายได้เฉลี่ย 4876.33 บาท/เดือน (S.D. = 2716.72 บาท) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้ว 8-15 ปี จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5

5. การนำข้อมูลผู้สูงอายุร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน และท้องถิ่น	3.43	1.10	ปานกลาง
รวม	3.77	0.50	มาก

จากตารางที่ 2 หากพิจารณาระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในด้านภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.77$; S.D.= 0.50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก คือ ($\bar{x}=3.91$; S.D.= 0.63) ราย

ด้านต่อมา คือ การมีส่วนร่วมในการสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.90$; S.D.=0.69) การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ($\bar{x}=3.88$; S.D.=0.88) การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ($\bar{x}=3.75$; S.D.=0.75) และด้านการมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลผู้สูงอายุร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น คืออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.43$; S.D.=1.10)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับการดูแล (n = 248)		แปลผล
	Mean	S.D.	
1. ด้านอาหาร	3.98	0.72	มาก
2. ด้านออกกำลังกาย	3.78	0.67	มาก
3. ด้านอารมณ์	3.75	0.67	มาก
4. ด้านอนามัย	3.75	0.67	มาก
5. ด้านสมอง	3.72	0.71	มาก
6. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.73	0.67	มาก
7. ด้านสิทธิประโยชน์	3.80	0.68	มาก
8. ด้านยา	3.88	0.70	มาก
รวม	3.80	0.52	มาก

จากตารางที่ 8 ข้อมูลการจัดทำการศึกษาวิจัย พบว่า หากพิจารณาระดับดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในด้านภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ระดับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ทุกด้าน ($\bar{x}=3.80$; S.D.= 0.52) เมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้าน พบว่า ข้อมูลระดับการดูแลผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านอาหาร อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.98$; S.D.= 0.72) ข้อมูลรายด้านต่อมา คือด้านยา อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.88$; S.D.= 0.70) ด้านสิทธิประโยชน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.80$; S.D.=0.68) ด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.78$; S.D.=0.67) ด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.75$; S.D.=0.67) ด้านอนามัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.75$; S.D.=0.67) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.73$; S.D.=0.67) ด้านสมองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.7$; S.D.=0.71)

ตารางที่ 17 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่าตัวแปรอิสระกับการมีส่วนร่วมกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การมีส่วนร่วม	สัมประสิทธิ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
	สหสัมพันธ์(r)		
1. การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน	0.519 **	<0.001	ปานกลาง
2. การสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุ	0.501 **	<0.001	ปานกลาง
3. การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ	0.266**	<0.001	ต่ำ
4. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	0.126 *	<0.049	ต่ำ
5. การนำข้อมูลผู้สูงอายุร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนและท้องถิ่น	-.001	<0.987	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาพรวมการมีส่วนร่วม	0.391**	<0.001	ปานกลาง

** Correlation is significant at the .01 level

* Correlation is significant at the .05 level

จากตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การมีส่วนร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การมีส่วนร่วม พบว่า ภาพรวมของการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ($r=0.39$, $P\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านการมีส่วนร่วม พบว่า การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชนและการสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=0.519$, $p\text{-value}<0.001$) และ ($r=0.501$, $P\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ สำหรับการเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r=0.266$, $P\text{-value}<0.001$) และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r=0.126$, $P\text{-value}<0.049$) สำหรับการนำข้อมูลผู้สูงอายุร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนและท้องถิ่นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 18 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R ²
การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน	0.377	0.519	4.843	<0.001	0.519	0.270
การสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุ	0.398	0.307	4.834	<0.001	0.578	0.334
การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ	0.127	0.114	2.089	<0.038	0.588	0.346
ค่าคงที่ = 2.582, F = 42.503, p-value <0.001, R ² =0.346 Adj. R ² =0.338						

จากตารางที่ 18 ข้อมูลผลวิเคราะห์การทำการศึกษาวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระการมีส่วนร่วมที่มีผลการดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งได้ถูกคัดเข้าสมการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกคัดเข้าสมการ จะเป็นตัวแปร ที่มีค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

มากกว่า .05 และตัวแปรที่ถูกคัดเข้าในสมการ เรียงลำดับได้ดังต่อไปนี้ การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน ($p\text{-value}<0.001$) การสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุ ($p\text{-value}<0.001$) การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ ($p\text{-value}<0.038$) ดังจะเห็นได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว สามารถพยากรณ์การดำเนินงานผู้สูงอายุของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานีร้อยละ34.6

สามารถได้รูปแบบสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเชิงเส้นตรง ซึ่งเป็นสมการที่สามารถทำนายในรูปของคะแนนดิบ ได้ดังต่อไปนี้

$$Y = 2.582 + (0.377)(\text{การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน}) + (0.398)(\text{การสร้างจิตสำนึกในการดูแลผู้สูงอายุ}) + (0.127)(\text{การเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุ})$$

3.1 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำการศึกษา

1) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลอาสาสมัคร ผู้แทนจากองค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาและหาทางออกร่วมกัน จะช่วยทำให้การพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุมีความยั่งยืนได้มากกว่า

2) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการริเริ่มกระบวนการพัฒนางาน การทำงานเป็นทีม สนับสนุนให้ทุกคนแสดงศักยภาพ จุดเด่นของตนเอง มีทักษะในการติดต่อประสานงาน มีทักษะในการให้คำปรึกษา มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างละเอียดถี่ถ้วน เข้าใจในความแตกต่างของบุคคล มีจริยธรรม คุณธรรมในการปฏิบัติงานและที่สำคัญมีความรักและหวังดีต่อผู้อื่นด้วยความจริงใจ

3) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มจิตอาสาให้ชัดเจนขึ้น เพื่อให้สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและพิจารณาให้การตอบแทน ยกย่องอย่างเหมาะสมอันเป็น

แบบอย่างและเสริมสร้างกำลังใจในการทำดีเพื่อสังคมและชุมชนต่อไป

4) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาแนวทาง การดำเนินงานและการเชื่อมประสานการดูแลผู้สูงอายุระหว่างสถานบริการเป็นระยะ เพื่อให้มีความชัดเจน เป็นปัจจุบัน เพื่อประโยชน์ในการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจร

5) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆด้าน

6) โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนากระบวนการสุขภาพที่ทันต่อเหตุการณ์ทุกด้าน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการบริการให้ครอบคลุมและตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการให้มากและสอดคล้องกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาวิจัย เรื่องบทบาทด้านการดำเนินงานผู้สูงอายุของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

2) ควรทำการศึกษาวิจัย เรื่องการดูแลผู้สูงอายุในเจ้าหน้าที่อื่นที่ปฏิบัติงานหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากองค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ

3) ควรทำการศึกษาวิจัย เรื่องแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.คู่มือความสุขมิติสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี: บริษัทพิชญ์พัฒน์พิบลิสซิ่งจำกัด ; 2555 .
- 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพ็ญ.รายงานจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.อำเภอเพ็ญ.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพ็ญ ; 2559.
- 3.สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต.ค้นเมื่อ 27 กันยายน 2559, จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf
- 4.สำนักส่งเสริมสุขภาพ .คู่มือปฏิบัติงานสำหรับ อสม. เพื่อผู้สูงวัยสายใยรักครอบครัว ชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย จำกัด ;2552.

ประสิทธิผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการบริโภคข้าวมะลิที่มีดัชนี
น้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Effectiveness of pharmaceutical care with low glyceimic index

Jasmine rice in type 2 diabetes patients

ประริเนตร เดชวรราชิน¹, พยอม สุขอนแก่น², ศิริธร ศิริอมรพรรณ³

Prarinet Detworrawatin¹, Phayom Sookaneknun², Sirithon Siriamornpun³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการบริโภคข้าวมะลิที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ และการบริการปกติของโรงพยาบาล ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ออกแบบการศึกษาเชิงทดลองใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ และมีกลุ่มควบคุมวัดผลก่อนและหลังการศึกษา กลุ่มศึกษาได้รับการดูแลเพิ่มเติมจากบริการปกติ โดยเภสัชกรให้คำปรึกษาเรื่องการใช้ยา ค้นหยา ป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา ร่วมกับการรับประทานข้าวมะลิที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำจำนวน 2 มื้อต่อวัน กลุ่มควบคุมได้รับการบริการปกติของคลินิกเบาหวาน ดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ในจังหวัดสกลนคร ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2559 วัดผลลัพธ์คลินิก ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยา และจำนวนปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรต่อเนื่องเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Student t-test ภายในกลุ่มด้วย paired t-test ผู้เข้าร่วมศึกษาจำนวน 86 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาจำนวน 43 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน หลังสิ้นสุดการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลเอวันซี ระดับไตรกลีเซอไรด์และระดับ BUN ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มศึกษามีระดับเอชดีแอลเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มศึกษามีผลลัพท์ทางคลินิกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 7 ผลลัพท์ ($p < 0.05$) ได้แก่ ดัชนีมวลกายลดลง (-0.77 ± 0.16 กก./ม²) น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารลดลง (-31.49 ± 55.3 มก./ดล.) น้ำตาลเอวันซีลดลง (-1.63 ± 1.55 มก./ดล.) ระดับคอเลสเตอรอลลดลง (-25.95 ± 45.38 มก./ดล.) ระดับแอลดีแอลลดลง (-18.02 ± 40.56 มก./ดล.) ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง (-23.09 ± 62.56 มก./ดล.) และการกรองของไตเพิ่มขึ้น (7.89 ± 15.74 มล./นาที) จำนวนปัญหาจากการใช้ยาลดลง และความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมมีผลลัพท์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 2 ผลลัพท์ ได้แก่ ระดับคอเลสเตอรอลลดลง (-15.70 ± 34.49 มก./ดล.) ระดับแอลดีแอลลดลง (-17.29 ± 54.47 มก./ดล.) อย่างไรก็ตามระดับเอชดีแอลลดลง (-3.65 ± 7.10 มก./ดล.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลลัพท์ทางคลินิกดีขึ้นและดีมากกว่าการบริการปกติหลังจากได้รับการให้บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการรับประทานข้าวมะลิที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ อย่างไรก็ตามควรสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องในระยะที่นานขึ้น

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ; การบริบาลทางเภสัชกรรม; ข้าวที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

The purpose of this study was to compare effectiveness between pharmaceutical care with low glyceimic index Jasmin rice and regular hospital service in type 2 diabetes patients. Systematic random sampling was designed with a control group. Measurements were performed at pre-test and post-test. The study group received pharmaceutical care by a pharmacist, to identify, resolve and prevent drug related problems, and low glyceimic index Jasmin rice for 2 meals per day. The control group received a regular hospital service from a diabetic clinic. This study was conducted between July 2016 and October 2016 in a 90-beds hospital in Sakon Nakhon Province, Thailand. Clinical outcomes, beliefs about medicines and number of drug related problems were measured. Student t- test was used to test differences

¹ นักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² (ผู้ช่วยศาสตราจารย์) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หน่วยปฏิบัติการวิจัยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ (รองศาสตราจารย์) อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ภาควิชาเทคโนโลยีการอาหารและโภชนศาสตร์ คณะเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

between groups. There were 86 patients enrolled into the study (43 study group and 43 control group). At the post test, the study group had significantly improvements in clinical outcomes when compared with the control group in fasting blood sugar, HbA_{1c}, triglyceride and BUN (p<0.001). Within group comparison, the study group showed seven clinical outcomes significantly improved (p<0.05) including body mass index (-0.77±0.16 kg/m²), fasting blood sugar (31.49±5.5.3 mg%), HbA_{1c} (-1.63±1.55 %), cholesterol (-25.95±45.38 mg/dL), LDL (-18.02±40.56 mg/dL), triglyceride (-23.09±62.56 mg/dL) and glomerular filtration rate (7.89±15.74 ml/min). The study group showed reduced drug related problems and an improvement in a belief of taking medicines (p<0.001). The control group showed two significant improvements (p<0.05) including cholesterol (-15.70±34.49 mg/dL) and LDL (-17.29±54.47 mg/dL). However, the control group showed significant HDL reduction (-3.65±7.10 mg/dL). In conclusion, patients with type 2 diabetes had significant improvements and better clinical outcomes when compared with the pre-test and the control group after receiving pharmaceutical care and low glycemic index Jasmin rice.

Keywords: effectiveness; pharmaceutical care; low glycemic index rice; type 2 diabetes patients

บทนำ

เบาหวานเป็นความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลินหรือเกิดภาวะคือต่ออินซูลิน หรือเกิดความผิดปกติทั้ง 2 อย่างร่วมกัน เป้าหมายในการรักษาเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถป้องกันหรือชะลอความเสื่อมของหลอดเลือดเล็กและหลอดเลือดใหญ่ โดยเฉพาะที่ตา ไต ประสาท หลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง¹ สถิติของการดำเนินไปของโรคพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเป็น 2-4 เท่าของผู้ที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน² โรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตถึงร้อยละ 35³ และความเสี่ยงต่อการตาบอดและตัดขาสูงกว่าคนปกติ 25 และ 5 เท่า ตามลำดับ⁴

เบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากขึ้น ข้อมูลจาก International Diabetes Federation (IDF) ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 415 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน โดยเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพิ่มขึ้นเป็น 140 ล้านคน เป็นจำนวนที่เพิ่มสูงมากกว่าทวีปอื่น ปัจจุบันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยเบาหวาน 78 ล้านคน ความชุกเท่ากับร้อยละ 8.50 และผู้ป่วยตายก่อนอายุ 60 ปีที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานพบ 1.20 ล้านคน ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อราย 93 ถึง 158 ดอลลาร์สหรัฐ⁵

ในปี พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีผู้ที่ยื่นทะเบียนเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 336,265 คน อัตรา

ป่วย 523.2 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. 2551-2555) จำนวน 1,799,977 คน อัตราความชุก 2,800 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1:1.90 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ร้อยละ 71.50 และเป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 28.50 เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 7.24 ระบบประสาท ร้อยละ 4.60 ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง ร้อยละ 3.99 และภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 2.94⁶

จากการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบ ของ Collin และคณะ⁷ ในปี ค.ศ.2010 การให้คำแนะนำโดยเภสัชกรในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจาก 14 การศึกษา ระยะเวลาของการศึกษาอยู่ในช่วง 4 เดือน ถึง 24 เดือน เภสัชกรทำหน้าที่ค้นหา แก้ไขและป้องกันปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การให้บริการเภสัชกรรม และการให้คู่มือเกี่ยวกับโรค พบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลเอวันซี (HbA_{1c}) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติ โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรมีระดับ HbA_{1c} ลดลงถึงร้อยละ 0.76 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร และการศึกษาของ Olivera และคณะ⁸ ศึกษาการจัดการบำบัดด้านยาในระบบการดูแลสุขภาพในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จำนวน 9,068 ราย โดยใช้หลักการบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่าผู้ป่วยมีผลทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 55 และผลทางคลินิกไม่เปลี่ยนแปลง ร้อยละ 23.0 นอกจากนี้พบว่าผลทางคลินิกแย่งพบร้อยละ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ละ 22.0 เมื่อแบ่งย่อยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 110 รายพบว่าเมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยร้อยละ 42.7 สามารถควบคุม HbA_{1c} น้อยกว่าร้อยละ 7 การศึกษาข้างต้นการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของข้าวต่อการรักษาเบาหวานได้มีการศึกษาในข้าวสีน้ำตาล ซึ่งเป็นข้าวที่เส้นใยอาหารสูง และเป็นข้าวดัชนีน้ำตาลต่ำ (glycemic index, GI, <55) และมีผลต่อการทำงานที่ดีของผนังหลอดเลือด endothelial ในผู้ป่วยเบาหวาน⁹ การศึกษาของ Sun และคณะ ได้ติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานประเภทที่ 2 หลังรับประทานข้าว 4 ปี พบว่ากลุ่มที่รับประทานข้าวสีน้ำตาลรับประทานอย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน มีความสัมพันธ์ในการลดความเสี่ยงการเกิดเบาหวานประเภทที่ 2 (RR 0.89, 95% CI 0.81-0.97)¹⁰ และการศึกษาของ Nakayama และคณะ ให้รับประทานข้าวสีน้ำตาลที่มีกลูเท็น นาน 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานรับประทานข้าวได้จนครบการศึกษาไม่ออกก่อนเนื่องด้วยรสชาติของข้าว และพบระดับน้ำตาล HbA_{1c} ดีขึ้น (7.5-7.2%, p=0.014) ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอยู่ระหว่าง 194-172 มก/ดล โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มที่รับประทานข้าวขาว¹¹ อย่างไรก็ตามข้าวสีน้ำตาลยังมีความจำกัดในการยอมรับ เนื่องจากลักษณะที่เห็นระยะเวลาในการหุงข้าว ราคา และการเข้าถึง¹² ถึงแม้ประเทศไทยจะสามารถผลิตข้าวได้เอง ปัจจุบันข้าวดัชนีน้ำตาลต่ำ เป็นข้าวที่มีเส้นใยสูง และมีแนวโน้มในการนำมาใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อทดแทนข้าวเหนียวมากยิ่งขึ้น เนื่องจากข้าวดัชนีน้ำตาลต่ำมีค่าดัชนีน้ำตาลอยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 55) เมื่อเทียบกับข้าวหอมมะลิ ข้าวเหนียว ข้าวขาวอื่นๆ (ดัชนีน้ำตาลเท่ากับ 109, 98 และ 89 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามด้วยความชอบของคนไทยยังรับประทานข้าวหอมมะลิเป็นหลัก ข้าวหอมมะลิที่ปรับเปลี่ยนให้มีระดับค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ จึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจสำหรับการเป็นทางเลือกในการคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน

โรงพยาบาลขนาด 90 เตียงแห่งหนึ่ง จังหวัดสกลนคร ได้ให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวานจำนวน 2,942 คน ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุม HbA_{1c} ได้ตามเป้าหมาย คือ น้อยกว่าร้อยละ 7 ได้เพียงร้อยละ 38.24 พบผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 10.90 เภสัชกรยังมีบทบาทน้อยในทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีบทบาทหลักคือ การจ่ายยาตามใบสั่งและการแนะนำการใช้ยา จากการศึกษาย้อนที่กล่าวมาแล้วนั้นทั้งรูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมและการใช้ข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำ (GI = 51-53%) ผู้วิจัยจึงสนใจเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและความเชื่อต่อการใช้ยา ของผู้ป่วยเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยติดตามผลเป็นเวลา 3 เดือน หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมและการรับประทานข้าวมะลิที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก (HbA_{1c}, FBS, blood pressure, lipid profile, BMI, ค่าการทำงานของไต และปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา) ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนและหลังการศึกษา
2. เปรียบเทียบความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม และระหว่างก่อนและหลังการศึกษา
3. เปรียบเทียบปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาในกลุ่มศึกษาก่อนและหลังการศึกษา

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) โดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ ด้วยวิธี permuted block randomization โดยสุ่มจากบล็อกที่มีขนาด 4 หน่วย ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 ถึง 31 ตุลาคม 2559 งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติด้านจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (หนังสืออนุมัติเลขที่ 008/2559 วันที่ 28 มีนาคม 2559)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงและเข้าเกณฑ์คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA_{1c} > 8%) ในระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน 2559

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร $n/\text{group} = [Z_{\alpha} + Z_{\beta}]^2 S_p^2 / D^2$ พบว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 34 คนต่อกลุ่ม เมื่อเพื่อการสูญหายระหว่างการศึกษ (lost to follow up) ร้อยละ 20 จึงได้ตัวอย่างกลุ่มละ 43 คน โดยคัดเลือกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดเข้าคือ อายุมากกว่า 18 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และใช้ยารักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (ยาเม็ดและ/หรือยาฉีด) อย่างน้อย 1 รายการ ไม่เข้าร่วมการศึกษาอื่นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการรับบริการ 6 เดือนที่ผ่านมาสามารถมารับบริการตามนัดได้อย่างน้อยร้อยละ 80 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ HbA_{1c} มากกว่าร้อยละ 8 และ ผู้ป่วยที่ทราบรายละเอียดงานวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับอาการทางจิตและประสาทและกำลังได้รับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นที่รุนแรง ได้แก่ มะเร็ง โรคไตวาย โรคตับแข็ง เอชไอวี ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการติดตามข้อมูลตลอดการทำการวิจัยได้ ผู้ป่วยหญิงที่ตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 9 เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการ พฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วยเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน การทบทวนระบบร่างกาย (review of system, ROS) 2) แนวทางการปรับยา (treatment protocol) พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้จากแนว

ทางการรักษาของ ADA 2015¹³ และได้รับการยอมรับจากแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร ในคลินิกเบาหวาน 3) สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นโดยจัดระดับน้ำตาลตามสี ใช้เป็นเครื่องมือสร้างความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาล 4) แผ่นพับให้ความรู้ ประกอบด้วย 3 เรื่อง คือ ยารักษาโรคเบาหวาน การออกกำลังกาย และการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน 5) ปฏิทินบันทึกการรับประทานยา 6) สมุดบันทึกชนิดอาหารที่รับประทานอาหารประจำวันของผู้ป่วย และกำหนดให้ผู้ป่วยต้องรับประทานข้าวที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ 2 มื้อต่อวัน การประเมินชนิดอาหารแบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และวิตามิน 7) แบบสอบถามเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines, BMQ) ซึ่งพัฒนาโดยฮอร์นและ คณะ และได้มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยยศพล เหลือง โสมนภาและคณะ¹⁴ แบบสอบถามประกอบ ด้วยความเชื่อเกี่ยวกับการกินยาแบบเฉพาะ (BMQ specific) จำนวน 10 ข้อ และความเชื่อเกี่ยวกับการ กินยาแบบทั่วไป (BMQ general) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วยได้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน แบบสอบถามเชื่อเกี่ยวกับการกินยา (beliefs about medicines, BMQ) มีค่าความเที่ยงภายใน เครื่องมือ (internal consistency reliability; Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82-0.84 8) แบบประเมินปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา การแก้ไขของเภสัชกรและผลลัพธ์ โดยพัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ อ้างอิงจาก Strand และคณะ¹⁵ โดยแบ่งเป็น 8 ปัญหา คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (untreated condition) ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดหรือระดับยาน้อยเกินไป (sub-therapeutic dosage) ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดหรือระดับยาสูงเกินไป (over dosage) อ้างอิงข้อมูลจาก drug information handbook edition 21 การเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection) ประเมินตามแนวทางการรักษาของ ADA 2015¹³ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug interaction ; ADRs) ประเมินโดย Naranjo's algorithm การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (failure to

receive medication) ประเมินจากการนับเม็ดยาในแต่ละครั้ง อันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ประเมินจากโปรแกรม drug interaction checker จาก Hos xp ของโรงพยาบาล และผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (invalid indication) อ้างอิงจากคำวินิจฉัยของแพทย์และอาการแสดงของผู้ป่วย 9) ข้ามะลิตซ์นี้ น้ำตาลประมาณ 51-53 ที่พัฒนาโดยบริษัท ร้อยเอ็ดผลิตภัณฑ์เกษตรและอาหาร จำกัด

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุมได้รับการบริการจากคลินิกเบาหวานที่เป็นบริการปกติ โดยแพทย์ตรวจรักษาพยาบาลแจกแผ่นพับ 3 เรื่อง และเภสัชกรจ่ายยาที่ห้องยา พร้อมทั้งให้คำอธิบายตามสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่ห้องยา ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมการศึกษาในเดือนที่ 0 และ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 3 โดย เก็บข้อมูลของผู้ป่วยและผลทางห้องปฏิบัติการ (baseline data) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA_{1c}) BMI และค่าทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ lipid profile, renal function, blood pressure และได้รับการประเมินความเชื่อต่างๆเกี่ยวกับการกินยา (BMQ Tool)

กลุ่มศึกษาได้รับการเพิ่มเติมจากบริการปกติในแต่ละเดือน คือ เภสัชกร 1 ท่าน ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นเวลา 30 นาที ก่อนพบแพทย์ โดยเภสัชกรประเมินระบบร่างกาย (review of system, ROS) นับเม็ดยา แนะนำปฏิทินสำหรับติดตามความร่วมมือในการใช้ยา ประเมินปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยา และประเมินการใช้ยาตามแนวทางการรับยาตามแบบแผนการรักษา ในกรณีพบปัญหาเภสัชกรหาแนวทางป้องกัน และแก้ไขร่วมกับแพทย์ (consultation) และนักโภชนาการจะแนะนำการรับประทานอาหารและการบันทึกข้อมูลอาหารในแบบบันทึก พร้อมแจกข้าวคัชนีน้ำตาลต่ำ โดยผู้ป่วยได้รับคนละ 10 กิโลกรัมต่อเดือน (การคำนวณปริมาณข้าว

คัชนีน้ำตาลต่ำ คำนวณได้จากค่าความต้องการพลังงานต่อวันคือ 1,800 แคลอรีต่อวัน ร่างกายต้องการคาร์โบไฮเดรตต่อวัน ร้อยละ 45 ถึง ร้อยละ 65 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด หรือประมาณ 810-1,170 แคลอรีต่อวัน จากคาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี ดังนั้น จำนวนคาร์โบไฮเดรตต่อวันเท่ากับ 202.5 กรัม -292.5 กรัมต่อวัน หรือประมาณ 6 ถึง 8 กิโลกรัมต่อเดือน) ในเดือนที่ 0 และ เมื่อสิ้นสุดการศึกษาในเดือนที่ 3 จะเก็บข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการ (baseline data) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS และ HbA_{1c}) BMI และค่าทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ lipid profile, renal function, blood pressure และได้รับการประเมินความเชื่อต่างๆเกี่ยวกับการกินยา (BMQ Tool)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent Student T test สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง และเปรียบเทียบผลลัพธ์ภายในกลุ่มด้วย paired-T test และ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์สถิติทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 17.0

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีทั้งหมด 86 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยกลุ่มศึกษา 43 ราย และกลุ่มควบคุม 43 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาไม่มีผู้ป่วยรายใดออกจากการศึกษา ผู้ป่วยมีข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลและพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่ศึกษา ยกเว้นพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มควบคุมไม่ออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ร้อยละ 55.80 และ ร้อยละ 34.90, p=0.030) รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		P-value *
	กลุ่มควบคุม (n=43)	กลุ่มศึกษา (n=43)	
เพศ -ชาย	12 (27.92)	9 (20.90)	0.451
-หญิง	31 (72.18)	34 (79.10)	
อายุ (ปี) (Mean + SD)	58.30±11.08	57.74±9.87	0.806 [#]
สิทธิการรักษาพยาบาล			0.645
-ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	40 (90.30)	39 (90.70)	
-ข้าราชการจ่ายตรง	3 (9.30)	4 (9.30)	
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน	12.07±7.41	11.72±6.04	0.811 [#]
ขาดระดับน้ำตาล - ยามีด	25 (58.10)	27 (62.80)	0.758
- ยาฉีดอินซูลิน	3 (7.00)	4 (9.30)	
- ใช้น้ำยาฉีดและยาฉีด	15 (34.90)	12 (27.90)	
จำนวนรายการยา	4.67±1.58	4.61±1.34	0.11 [#]
การดื่มแอลกอฮอล์ - ไม่ดื่ม	36 (83.70)	39 (90.70)	0.297
- ดื่ม	7 (16.30)	4 (9.30)	
การสูบบุหรี่ - ไม่สูบ	36 (83.70)	39 (90.70)	0.236
- สูบ	7 (16.30)	4 (9.30)	
การออกกำลังกาย			0.030
ไม่ออกกำลังกาย	24 (55.80)	15 (34.90)	
ออกกำลังกาย	19 (44.20)	28 (65.10)	
โรคประจำตัวอื่น - ไม่มี	4 (9.30)	1 (2.30)	0.167
- มี	39 (90.70)	42 (97.70)	
- ความดันโลหิตสูง	28 (65.10)	30 (69.80)	
- ไขมันในเลือดสูง	31 (72.10)	26 (60.50)	
- ไทรอยด์	1 (2.30)	4 (9.30)	
- หัวใจ	2 (4.70)	2 (4.70)	

* Chi-square [#] Student t-test

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา หลังสิ้นสุดการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มควบคุม ระดับคลอเรสเตอรอล แอลดีแอล และค่าเอชดีแอล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สำหรับเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มศึกษา พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA_{1c}) ระดับคลอเรสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล ค่าBUN Scr

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนระดับเอชดีแอล และGFR เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษา ผลการศึกษาระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ระดับค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA_{1c}) ระดับไตรกลีเซอไรด์ ค่าBUN และ ระดับ Scr ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนค่า ระดับเอชดีแอล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย \pm SD				p-value เดือน 3 [#]
	กลุ่มควบคุม (n=43)	p-value *	กลุ่มศึกษา (n=43)	p-value *	
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)		0.662		<0.001	
เดือน 1	26.18 \pm 4.80		25.35 \pm 4.20		0.097
เดือน 3	25.98 \pm 4.92		24.57 \pm 3.84		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-0.19 \pm 0.44		-0.77 \pm 0.16		
ความดันซistolิก					
เดือน 1	125.67 \pm 11.12	0.233	127.44 \pm 12.45	0.413	0.042
เดือน 3	127.86 \pm 13.05		129.60 \pm 11.87		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	2.19 \pm 11.84		2.16 \pm 17.15		
ความดันไดแอสโตลิก		0.585		0.796	0.547
เดือน 1	70.02 \pm 6.76		69.67 \pm 8.45		
เดือน 3	70.72 \pm 7.59		69.28 \pm 6.69		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	0.70 \pm 0.83		-0.39 \pm 1.76		
FBS (mg/dL)		0.422		<0.001	<0.001
เดือน 1	179.19 \pm 57.45		155.14 \pm 52.95		
เดือน 3	172.30 \pm 62.97		123.65 \pm 28.01		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-6.88 \pm 87.07		-31.49 \pm 55.30		
HbA _{1c} (%)		0.376		<0.001	<0.001
เดือน 1	9.70 \pm 1.49		9.70 \pm 1.27		
เดือน 3	10.02 \pm 2.17		8.07 \pm 1.16		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	0.32 \pm 2.37		-1.63 \pm 1.55		
Cholesterol (mg/dL)		0.005		<0.001	0.558
เดือน 1	194.47 \pm 42.46		198.98 \pm 48.92		
เดือน 3	178.77 \pm 39.04		170.02 \pm 30.23		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-15.70 \pm 34.49		-28.95 \pm 45.38		
Triglyceride (mg/dL)		0.411		0.020	<0.001
เดือน 1	200.30 \pm 91.56		163.05 \pm 75.49		
เดือน 3	212.42 \pm 93.16		139.95 \pm 49.22		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	12.12 \pm 95.68		-23.09 \pm 62.86		
HDL (mg/dL)		0.002		0.030	<0.001
เดือน 1	39.44 \pm 6.43		41.70 \pm 7.61		
เดือน 3	35.79 \pm 8.26		44.98 \pm 7.00		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-3.65 \pm 7.10		3.28 \pm 9.55		
LDL (mg/dL)		0.045		0.006	0.722
เดือน 1	123.84 \pm 59.46		120.65 \pm 39.92		
เดือน 3	106.55 \pm 38.77		102.63 \pm 25.00		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-17.29 \pm 54.87		-18.02 \pm 40.56		

BUN (mg/dL)		0.427	<0.001	<0.001
เดือน 1	16.45±3.25		16.83±3.31	
เดือน 3	16.32±8.94		10.70±2.36	
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-0.12±8.85		-6.13±3.94	
Scr (mg/dL)		0.188	<0.001	0.065
เดือน 1	1.00±0.46		0.99±0.34	
เดือน 3	1.07±0.66		0.88±0.30	
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	0.07±0.33		-0.12±0.18	
GFR (ml/min)		0.661	0.002	0.106
เดือน 1	75.88±22.50		72.96±24.25	
เดือน 3	77.63±28.18		80.85±22.58	
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	1.75±25.97		7.89±15.74	

* Paired t- test (p<0.05), # Student t-test

จากการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับข้าวดัชนีน้ำตาลต่ำของกลุ่มศึกษา ก่อนทำการศึกษาพบ 30 ปัญหา และในเดือนที่ 3 พบ 18 ปัญหา โดยปัญหาที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ อันตรกิริยาระหว่างยา 9 ปัญหา (ร้อยละ 30.00) ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ 6 ปัญหา (ร้อยละ 20.00) และผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ 5 ปัญหา (ร้อยละ 16.67) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนของปัญหาที่สืบเนื่องจากการใช้ยาในกลุ่มศึกษา จำนวน 43 คน

ปัญหาสืบเนื่องจากการใช้ยา	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่สมควรจะได้รับ (untreated condition)	6 (20.00)	0
- ผู้ป่วยมีอาการขาดตามปลายมือปลายเท้า ไม่ได้รับ VITAMIN B6 พบ 1 ราย		
- ผู้ป่วยมีค่า albumin 2+ ไม่ได้รับยา ENALAPRIL พบ 1 ราย		
- ผู้ป่วยมีค่า LDL เกินค่าปกติไม่ได้รับยาลดระดับไขมันในเลือด พบ 4 ราย		
2. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดหรือระดับยาน้อยเกินไป (sub-therapeutic dosage)	0	0
3. ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดหรือระดับยาสูงเกินไป (over dosage)	1 (3.33)	0
- ผู้ป่วยได้รับยา GLIBENCLAMIDE ขนาดสูง 30 มก./วัน 1 ราย		
4. การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสม (improper drug selection)	2 (6.67)	2 (11.11)
- ผู้ป่วยแพ้ยาในกลุ่มซัลฟา แต่ได้รับยา GLIBENCLAMIDE จำนวน 2 ราย		
5. ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug interaction ; ADRs)	4 (13.33)	1 (5.56)
- ผู้ป่วยได้รับ ASA มีอาการปวดแสบท้อง จำนวน 2 ราย		
- ผู้ป่วยได้รับ METFORMIN มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร จำนวน 2 ราย		
6. การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่ง (failure to receive medication)	3 (10.00)	1 (5.56)
- ผู้ป่วยไม่ได้รับ HCTZ กลับบ้าน จำนวน 1 ราย		
- ผู้ป่วยไม่ได้รับ METFORMIN กลับบ้าน จำนวน 1 ราย		
- ผู้ป่วยลืมรับประทานยา METFORMIN จำนวน 1 ราย		
7. อันตรกิริยาระหว่างยา (drug interaction)	9 (30.00)	9 (50.00)
- ผู้ป่วยได้รับยา HYDROCHLOROTHIAZIDE ร่วมกับ GLIBENCLAMIDE จำนวน 9 ราย		

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

8. ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ (invalid indication) 5 (16.67) 5 (27.77)
-ผู้ป่วยใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน จำนวน 5 ราย

รวม	30 (100.00)	18 (100.00)
------------	-------------	-------------

ผลการศึกษาด้านข้อมูลความเชื่อเกี่ยวกับยา ในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนสูงสุด คือองค์ประกอบความรู้เฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และคะแนนต่ำสุดที่องค์ประกอบ) องค์ประกอบด้านความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการกินยา สำหรับในกลุ่มศึกษา คะแนนสูงสุดที่องค์ประกอบความรู้เฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา และต่ำสุดองค์ประกอบด้านความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการกินยา และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อเพิ่มขึ้นทั้ง 4 องค์ประกอบ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านต่างๆ เกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและ กลุ่มศึกษา

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย + SD				p-value เดือน 3 [#]
	กลุ่มควบคุม (n=43)	p-value [*]	กลุ่มศึกษา (n=43)	p-value [*]	
1. องค์ประกอบความรู้เฉพาะด้านการรับรู้ความจำเป็นต่อการกินยา		0.025		<0.001	
เดือน 1	16.81±2.86		17.61±1.58		<0.001
เดือน 3	16.44±2.77		22.19±1.83		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-0.37±0.09		4.58±0.25		
2. องค์ประกอบด้านความกังวลจากการกินยา		<0.001		<0.001	
เดือน 1	15.35±3.01		17.72±1.24		<0.001
เดือน 3	14.72±3.43		20.91±3.37		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-0.63±0.42		3.19±2.13		
3. องค์ประกอบด้านความเชื่อด้านการใช้ยามากเกิน		0.350		<0.001	
เดือน 1	12.88±2.38		13.16±1.29		<0.001
เดือน 3	12.77±2.30		16.28±1.68		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	-0.11±0.08		3.12±0.39		
4. องค์ประกอบด้านความเชื่อทั่วไปด้านอันตรายจากการกินยา		0.121		<0.001	
เดือน 1	11.26±2.72		11.98±1.95		<0.001
เดือน 3	11.61±2.45		14.21±3.80		
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างภายในกลุ่ม	0.35±0.27		2.23±1.85		

^{*} Paired t- test (p<0.05), [#] Student t- test

การวิเคราะห์พลังงานจากการรับประทานอาหาร (กิโลแคลอรี) วิเคราะห์ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษา โดยแบ่งการวิเคราะห์พลังงานออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และวิตามิน โดยการเก็บข้อมูลเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ผู้ป่วยรับประทานคาร์โบไฮเดรต และวิตามิน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และรับประทาน โปรตีน และไขมัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) และพบว่า กลุ่มศึกษามีค่าพลังงานเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการได้รับพลังงาน จากการรับประทานอาหารเปรียบเทียบในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ในกลุ่มศึกษา

ประเภทอาหาร	ค่าเฉลี่ย ± SD		
	กลุ่มศึกษา (กิโลแคลอรี) (n=43)		
	เดือน 1	เดือน 3	p-value *
คาร์โบไฮเดรต	16,576.74±3,204.70	13,013.21±2,285.81	<0.001
โปรตีน	10,249.56±2,110.21	12,709.63±1,941.91	<0.001
ไขมัน	947.09±499.75	2,099.19±809.63	<0.001
วิตามิน	4,811.44±1,072.44	3,153.49±1,318.90	<0.001
รวม	35,667.40±4,478.10	31,598.12±3,833.05	<0.001

* Paired t- test (p<0.05)

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับการดูแลการใช้ยาโดยเภสัชกรและการรับประทานข้าวดัชนีน้ำตาลต่ำมีผลทำให้ระดับน้ำตาล ระดับไขมัน และหน้าที่ของไตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เภสัชกรดูแลการจัดการด้านยาเพิ่มความเชื่อต่อการใช้ยาที่ดีขึ้นและแก้ไขปัญหาที่สืบเนื่องจากยา

ผลการสุ่มและการแบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบนั้น พบว่าคุณลักษณะของประชากรมีความคล้ายคลึงกันยกเว้นเรื่องการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้ประเมินทั้งก่อนและหลังการศึกษาเพื่ออธิบายผลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการบริบาลทางเภสัชกรรม และข้าวดัชนีน้ำตาลต่ำมากกว่าปัจจัยอื่นที่จะมีผลต่อการศึกษา

ค่าดัชนีมวลกายในการศึกษานี้ลดลงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา (p<0.05) ปริมาณพลังงานของกลุ่มศึกษาที่ประเมินพบการได้รับพลังงานลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือน แม้ว่าข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้าวที่มีรูปลักษณะเหมือนข้าวปกติที่รับประทานประจำก็ตาม รสชาติของมีความหวานน้อยกว่าข้าวมะลิทั่วไป อีกทั้งความแข็งของข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำแข็งมากกว่าข้าวมะลิ และไฟเบอร์ในข้าวดัชนี

น้ำตาลต่ำมีมากกว่าข้าวทั่วไป อาจมีผลต่อน้ำหนักของผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้คำแนะนำจากเภสัชกร ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายเพิ่มเติม ซึ่งมีผลต่อดัชนีมวลกายที่ลดลง¹⁶ ที่ได้จัดโปรแกรมการจัดการตนเองต่อน้ำหนัก ดัชนีมวลกายโดยพบว่าน้ำหนักและดัชนีมวลกายลดลง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.55±0.34,p<0.05) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าในกลุ่มศึกษาลดได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (FBS -31.49±55.30 และ -6.88±87.07, HbA_{1c} -1.63±1.55 และ 0.32±2.37 ตามลำดับ) ซึ่งผลการศึกษานี้ลดระดับ HbA_{1c} ได้มากกว่าการศึกษาของ Pool sup และคณะที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ในเรื่องการใช้ยา การให้ปรึกษาและการให้ความรู้ ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกมีผลทำให้ระดับค่าเฉลี่ย HbA_{1c} ในกลุ่มทดลองลดลงร้อยละ 0.68 (95% CI, -0.87% ถึง 0.49% ; P< 0.001) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ¹⁷ และการศึกษาของ Nakayama และคณะ แสดงให้เห็นว่าข้าวดัชนีน้ำตาลต่ำ HbA_{1c} ได้ใน 2 สัปดาห์¹¹ และการศึกษาของ Zhang และคณะ ทำการศึกษาเวลา 3 เดือนในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ข้าว white rice สามารถลดระดับ HbA_{1c} 0.20 มก./ดล. และ ข้าว brown rice ลดระดับ

HbA_{1c} ได้ 0.13 มก./ดล.¹⁸ การศึกษานี้ใช้การแทรกแซงของการรับประทานข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำร่วมกับการดูแลของเภสัชกรที่ส่งผลต่อ คะแนนด้านความเชื่อด้านการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นใน เภสัชกรติดตามปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยา เช่น HYDROCHLOROTHIAZIDE (HCTZ) กับ GLIBENCLAMIDE จากการติดตามผู้ป่วยในการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย 1 ราย ในกลุ่มศึกษาที่เกิดภาวะ hypoglycemia หลังรับประทานข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำ อย่างไรก็ตามไม่พบอาการที่รุนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย ซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการแก้ปัญหาด้วยตัวเองเบื้องต้น โดยการรับประทานน้ำตาลและพบผู้ป่วยอีก 1 ราย มีอาการท้องเสียในช่วง 3 วันแรก แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการปกติ

ระดับไขมันพบว่ากลุ่มศึกษาลดระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำมีผลลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และเพิ่มระดับเฮดอีแอล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำในการศึกษานี้มีเส้นใยอาหารถึงร้อยละ 8 เป็นระดับไฟเบอร์สูงกว่าข้าวมะลิทั่วไป ซึ่งในข้าวมะลิทั่วไปจะมีค่าเส้นใยอาหารเพียง ร้อยละ 1.30 และข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำไม่พบปริมาณคลอเรสเตอรอล (โดยปกติข้าวมะลิทั่วไปมีปริมาณไขมัน ร้อยละ 0.66) เมื่อประเมินการใช้แคลอรีไขมันทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แม้การออกกำลังกายที่พบความแตกต่างในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อประเมินภายในกลุ่มแล้วกลุ่มควบคุมมีระดับเฮดอีแอลแย่งลง และกลุ่มศึกษามีระดับเฮดอีแอลเพิ่มขึ้น ที่สืบเนื่องจากการแทรกแซงที่ได้รับ นอกจากนี้เภสัชกรยังประเมินพบปัญหาที่สืบเนื่องจากการได้รับยาที่มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อการเกิดกล้ามเนื้ออักเสบ และ rhabdomyolysis คือการได้รับ SIMVASTATIN และ GEMFIBROZIL

ผลลัพธ์ต่อได้พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีผลลัพธ์หน้าที่การทำงานของไตดีขึ้น สามารถลดระดับ Scr และเพิ่มอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลนี้อาจสืบเนื่องมาจากการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับไขมันที่ดีขึ้น เภสัชกรมีส่วนปรึกษา

แพทย์และเกิดการปรับเปลี่ยนเพิ่มยาในกรณีไม่ได้รับยาที่ผู้ป่วยสมควรได้รับ คือ ENALAPRIL ซึ่งยานี้มีรายงานชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยได้ เนื่องจากสามารถชะลอการเสื่อมของไต ลดการสูญเสีย albumin ทางปัสสาวะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานที่มีความดันโลหิตปกติ การใช้ ACEI อาจจะทำให้การทำงานของไตดีขึ้น ซึ่งเหนี่ยวนำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตทั้งขาเข้า-ขาออกขยาย ทำให้เลือดไหลเวียนที่ไตได้ดีขึ้นดังนั้นการใช้ยาในกลุ่ม ACEI จะไปชะลอการเกิด Diabetic nephropathy ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่เป็นความดันโลหิตได้¹⁹ การศึกษาของ Kondo และคณะ ได้แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับประทานข้าวสาลีน้ำตาลพหุมี endothelial function ดีขึ้น⁹ ซึ่งสามารถอธิบายถึงผลคือหลอดเลือดและหัวใจในการเพิ่มการทำงานของไต ผลของข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำ ที่มีระดับคาร์โบไฮเดรตที่ต่ำ ร้อยละ 26 โพลีแซคคาไรด์ 6 โปรตีน ร้อยละ 0.07 และไม่พบปริมาณคลอเรสเตอรอล (โดยปกติข้าวมะลิทั่วไปมีปริมาณไขมัน ร้อยละ 0.66) อาหารที่ชะลอความเสื่อมของไตไว้ได้ ควรมีโปรตีนต่ำ มีผลลดของเสีย (เช่น ยูเรีย) ให้มีปริมาณน้อยลง มีปัจจัยอีกหลายประการที่อาจมีส่วนเร่งให้ไตเสื่อม เช่น ภาวะฟอสเฟตสูง คลอเรสเตอรอลในเลือดสูง กรดยูริกสูง น้ำตาลสูง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. ในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานเพื่อการเพิ่มผลลัพธ์ของการรักษา ควรสนับสนุนการทำงานอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพโดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของเภสัชกรเพื่อให้บริการบริบาลทางเภสัชกรรม ร่วมกับการสนับสนุนการรับประทานข้าวที่มีดัชนีน้ำตาลต่ำ ในการจ่ายแบบมีส่วนร่วมและเปิดช่องทางในการเข้าถึงข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำมากขึ้น

2. การศึกษานี้ประเมินผลในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อให้เห็นผลการปรับพฤติกรรมในการรับประทานข้าว แต่ยังไม่ได้ครอบคลุมการประเมินพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งอาจจะต้องการพัฒนาในการศึกษาต่อไป

3. การศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิก ในเชิง biomarkers และต้นทุนประสิทธิผลของการส่งเสริมการ

รับประทานข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำเมื่อเทียบกับการ
รับประทานข้าวอย่างต่อเนือง

4. การศึกษาประสิทธิภาพของการรับประทาน
ข้าวมะลิดัชนีน้ำตาลต่ำในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคเบาหวาน ในการป้องกันการเกิดโรค

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากเงินทุนอุดหนุน

การวิจัยจากงบประมาณรายได้ ประจำปีงบประมาณ 2560
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และคณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอขอบพระคุณผู้ให้ความ
อนุเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย อันได้แก่ คุณยศพล
เหลือทอง โสมนภา ผู้พัฒนาเครื่องมือ BMQ ฉบับภาษาไทย
ผู้พัฒนาผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
คณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด และทีมสหสาขาวิชาชีพ
ทุกท่านที่ร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Alberti, K.G M.M., Zimmet, P.Z., Consultation, w. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO Consultation. *Diabetic Medicine* 15, 7 (1998):539-553.
2. Kannel, W.B., McGee, D.L. Diabetes and Cardiovascular Disease The Framingham Study. *JAMA* 241, 19 (1979):2035-83.
3. Shaw, J.E., & Chisholm, D.J. Epidemiology and prevention of type 2 diabetes and metabolic syndrome. *The Medical Journal of Austria*, 179, 7. (2003), 379-383.
4. Herfindal, E.T G.D., Hort, E.t. *Clinical Pharmacy and Therapeutic*. 4 ed. Baltimore(MD): Lippincott William & Wilkins, 1991.
5. International Diabetes Federation. One adult in ten will have diabetes by 2040. Available at: <http://www.idf.org/media-events/press-releases/2015/diabetes-atlas-7th-edition>. Accessed date: 22 October 2016.
6. Sawasdimongkol P. Annual Report 2014. Bureau of Non Communicable Diseases .2014:24-26
7. Courtney Collins , Brendan L. Limone , Jennifer M. Scholle , Craig I. Coleman. Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2011;92:145-152
8. Oliveira DR, Brummel AR, Miller DB. Medication Therapy management: 10 years of experience in a large integrated health care system. *J Manag Care Pharm* 2010;16(3):185-195.
9. Kondo K, Morino K, Nishio Y, Ishikado A, Arima H, Nakao K, Nakagawa F, Nikami F, Sekine O, Nemoto K, Suwa M, Matsumoto M, Miura K, Makino T, Ugi S, Maegawa H. Fiber-rich diet with brown rice improves endothelial function in type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *PloS One* 2017;12(6): e1079869. Doi:10.1371/journal.pone.0179869.
10. Sun Q, Spiegelman D, van Dam RM, Holmes MD, Malik VS, Willett WC, Hu FB. White rice, brown rice and risk of type 2 diabetes in US men and women. *Arch Intern Med* 2010;170(11):961-969.
11. Nakayama T, Nagai Y, Uehara Y, Nakamura Y, Ishii S, Kato H, Tanaka Y. Eating glutinous brown rice twice a day for 8 weeks improves glycemic control in Japanese patients with diabetes mellitus. *Nutr Diabetes* 2017;7(5):e273.doi:10.1038/ntud.2017.26.
12. Adebamowo SN, Eseyin O, Yilme S, Adeyemi D, Willett WC, Hu FB, Spiegelman D, Adebamowo CA, Global Nutritional Epidemiologic Transition Initiative. A mixed-methods study on acceptability, tolerability and substitution of brown rice for white rice to lower blood glucose levels among Nigerian adults. *Front Nutr* 2017;5(33). Doi. 10.3389/fnut.2017.00033. eCollection 2017.
13. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2015. *Diabetes Care* 2015;38 (suppl1):s1-93
14. Leungsomnapa Y, Promproh S , Leungsomnapa S, Sourthao S. Influence of beliefs about medication on high group of medication adherence in hypertensive patients. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2013;30:146-157.
15. Hepler, C.D., and Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47 (Mar 1990): 533-543.
16. Keeratiyutawong P, Hanucharurnkul S , Boonchaay W , Phumleng B , and Mungkae W. Effectiveness of Supportive-educative program on diabetic control, perceived self-care efficacy, and body mass index in persons with type 2 diabetes mellitus. *Thai Journal of Nursing [Research]*. 9 (1) (January-March 2005): 1-11.

17. Poolsup N, Suksomboon N, Intarates M. Effect of Pharmacist's Interventions on Glycemic Control in Diabetic Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. MUJPS 2013; 40(4), 17-30.
18. Geng Zhang, An Pan, Geng Zong, et al. Substituting White Rice with Brown Rice for 16 weeks Did Not Substantially Affect Metabolic Risk Factors in Middle-Aged Chinese Men and Women with Diabetes or a High Risk for Diabetes. The Journal of nutrition .2011,1-6.
19. Lovell H.G. WITHDRAWN: Angiotensin converting enzyme inhibitors in normotensive diabetic patients with microalbuminuria. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(1): CD0021
20. Trakanwanit T ,Sirimonkolchaikul O. A guide for the public How do kidneys do?. Kidney Association of Thailand. National Health Security Office.2015.

สถานการณ์สารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกร จากตลาดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Beta agonist residue in swine tissues from fresh food markets in

Meung Distric, Khon Kaen Province

ศิริรัตน์ หลักคำ¹, อภิรมย์ เจริญไชย², รัฐพล ไกรกลาง³

Sirirat Lakkhum¹, Apirom Charoenchai², Rattaphol Kraiklang³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สารเร่งเนื้อแดง (ซาลบูตามอล) ตกค้างในเนื้อสุกร ในส่วนสันคอ สันนอก และสะโพก ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ขนาดตัวอย่างจำนวน 127 ตัวอย่าง มาจากตลาดสดในเขตและนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 58 ตัวอย่าง และ 69 ตัวอย่าง ตามลำดับ เก็บตัวอย่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ตรวจสอบปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างด้วยวิธีทดสอบเบื้องต้น (Screening Test) โดยใช้เทคนิค Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA)

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล มีค่าเท่ากับ 1.01 ± 0.55 ppb (part per billion) ซึ่งมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดสำหรับเนื้อสุกร (2 ppb) แต่พบว่าค่าเฉลี่ยสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรที่มาจากตลาดสดนอกเขตเทศบาล (1.17 ± 0.65 ppb) สูงกว่าในเขตเทศบาล (0.81 ± 0.30 ppb) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P value < 0.001 (95% CI = 0.91-1.10) นอกจากนี้ยังพบว่าเนื้อสุกรจากตลาดนอกเขตเทศบาลมีปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างเกินค่าที่กำหนด (≥ 2.00 ppb) คิดเป็นร้อยละ 7.09 (9/127)

คำสำคัญ: สารเร่งเนื้อแดง, ซาลบูตามอล, สุกร

ABSTRACT

This study was conducted for studying of situation of remaining of agonist substance (salbutamol) inside swine tissues of spare rip roast, loin, and legs in both inside and outside fresh food markets of Mueang Municipal, Khon Kaen province during March, 2016 to May, 2016. The sample size is 127 samples that collected from inside and outside fresh food markets of Mueang Municipal, Khon Kaen province, 58 and 69 samples, respectively. Beta Agonist substance was investigated by using screening test method, Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) technique.

The results showed the average concentration of remaining salbutamol in swine tissues from both the inside and outside fresh food markets of Khon Kaen Municipal, 1.01 ± 0.55 ppb(part per billion), which lower than the cut-off value for residue limit in swine tissues (2 ppb). In addition, the average value from the outside fresh food markets of Mueang Municipal's swine tissue (1.17 ± 0.65 ppb) is higher than the average value from the inside fresh food markets of Mueang Municipal's swine tissue (0.81 ± 0.30 ppb), which significantly P value < 0.001 (95% CI = 0.91-1.10). Moreover, the swine tissue from the outside fresh food markets of Mueang Municipal also have the value higher than cut off value (≥ 2.00 ppb), which is 7.09% (9/127).

Keyword: beta agonist, salbutamol, swine tissues

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตวแพทย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จังหวัดขอนแก่น

³ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

เนื้อสุกรเป็นเนื้อสัตว์ที่ได้รับความนิยมในการนำมาบริโภค ซึ่งนอกจากจะเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานแล้ว ยังมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้เนื้อสุกรได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก เพราะเนื้อสุกรสามารถหาซื้อได้ง่าย ประกอบอาหารได้หลากหลาย รสชาติดี มีคุณค่าทางโภชนาการและเป็นแหล่งโปรตีนที่สำคัญ ทางภาครัฐ มีการให้ความรู้ตั้งแต่ระดับโรงเรียนเพื่อให้สามารถเลือกซื้ออาหารได้อย่างปลอดภัย⁽⁹⁾ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความใส่ใจทางด้านความปลอดภัยของผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับประทานเนื้อสุกรที่มีรสชาติดีและปลอดภัยจากสารตกค้าง โดยเฉพาะการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง กลุ่มเบต้าอะโกนิสต์ ซึ่งพบการตกค้างอยู่ในอวัยวะภายในของสุกร เช่น ไต ปอด หัวใจ สมอง รวมถึงกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของเนื้อสุกร⁽¹³⁾ ที่สำคัญไปกว่านั้นคือสารเร่งเนื้อแดงไม่สามารถทำลายได้ด้วยความร้อน⁽¹⁵⁾ โดยกรมปศุสัตว์และกระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการและนโยบายเพื่อควบคุมคุณภาพอาหาร อีกทั้งมีการออกตรวจเพื่อเฝ้าระวังมาเป็นเวลานาน และมีการกวดขันอย่างเข้มงวด ซึ่งหากผู้บริโภคได้รับสารตกค้างกลุ่มเบต้าอะโกนิสต์ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค กล่าวคือ มีอาการกล้ามเนื้อสั่น กระตุก หัวใจเต้นเร็ว บางรายมีอาการเป็นลม ปวดศีรษะ และปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก ทั้งนี้ต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทยเองก็ได้ออกกฎหมายสั่งห้ามไม่ให้ผสมสารเร่งเนื้อแดงในอาหารเลี้ยงสุกรอย่างเด็ดขาด แต่สถานการณ์ ณ ปัจจุบัน กลับพบว่าเกษตรกรยังคงลักลอบผสมสารเร่งเนื้อแดงกับอาหารให้สุกรกินอยู่ โดยกรมปศุสัตว์สุ่มตรวจปริมาณสารเร่งเนื้อแดงในปัสสาวะสุกร และพบว่ามียาจำนวนฟาร์มที่ลักลอบใช้สารเร่งเนื้อแดงถึง 59 ฟาร์ม⁽²⁾ และจากผลการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร ณ ตลาด ซุปเปอร์มาร์เก็ต ร้านอาหาร

แผงลอย โรงเรียนและโรงพยาบาล จาก 76 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2555 ก็พบการปนเปื้อนของสารเร่งเนื้อแดง ที่เกินค่ามาตรฐาน ร้อยละ 1.50⁽⁷⁾ ในส่วนพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็พบการปนเปื้อนของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสุกรถึงร้อยละ 87.02 ซึ่งปริมาณที่ตรวจพบอยู่ในช่วง 0.000-0.196 ng/ml (Noppon B. et al, 2012 : 151-155) จะเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีมาตรการและกฎหมายควบคุมแต่ก็ยังคงพบการลักลอบใช้สารเร่งเนื้อแดงและการพบการตกค้างอยู่ในทุกพื้นที่ ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาสถานการณ์สารเร่งเนื้อแดงตกค้างและตรวจติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

การศึกษาในครั้งนี้จึงมุ่งไปที่การเฝ้าติดตามสถานการณ์สารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกร โดยทำการศึกษาในตัวอย่างเนื้อสุกรจากตลาดสดในเขตและนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากตลาดทั้งสองแห่งเป็นตลาดในเขตชุมชนเมือง มีตลาดสดและเขียงสุกรชำแหละจำนวนมาก อีกทั้งเป็นเขตที่มีผู้บริโภคและประชาชนเป็นจำนวนมากที่เดินทางมาจับจ่ายใช้สอย ฉะนั้นหากมีการใช้สารเร่งเนื้อแดงและมีการตกค้างของสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสุกร จะมีโอกาสเพิ่มอันตรายให้กับผู้บริโภคได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเนื้อสุกรส่วนสันคอ สันนอก และสะโพก เป็นบริเวณของเนื้อสุกรที่ได้รับความนิยมจากผู้บริโภค หากเนื้อสุกรมีการปนเปื้อนของสารเร่งเนื้อแดงจะสามารถสังเกตได้ตั้งแต่ตอนที่สุกรยังมีชีวิตอยู่ โดยจะมีลักษณะคล้ายนักเพาะกาย คือจะเห็นมัดกล้ามเนื้อเด่นกว่าปกติ โดยเฉพาะบริเวณสะโพก สันหลังหรือบริเวณหัวไหล่ ซึ่งเป็นบริเวณที่แนะนำให้สังเกตก่อนเลือกซื้อเพื่อให้ปลอดภัยจากสารเร่งเนื้อแดง เนื่องจากเป็นส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดหากสุกรได้รับสารเร่งเนื้อแดง⁽³⁾ การศึกษานี้จะได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำไปเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดหาวิธีการ

ป้องกันและเป็นแนวทางในการเผยแพร่ความรู้เรื่องสาร
เร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรต่อประชาชน ต่อไปใน
อนาคต

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey
study) ประชากรที่ศึกษาเป็นเนื้อสุกรจากตลาดสดในเขต
เทศบาลและนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น จำนวน 127
ตัวอย่าง ซึ่งจะเก็บเนื้อสุกรจากทุกเขียง เขียงละ 3 ส่วน
เป็นเนื้อสุกรส่วนสันคอ สันนอก และสะโพก จากตลาด
สดในเขตเทศบาล 5 แห่ง เป็นตัวอย่างสันคอ 18 ตัวอย่าง
สันนอก 21 ตัวอย่าง และสะโพก 19 ตัวอย่าง ตลาดสด
นอกเขตเทศบาล 10 แห่ง เป็นตัวอย่างสันคอ 20 ตัวอย่าง
สันนอก 25 ตัวอย่าง และสะโพก 24 ตัวอย่าง

การศึกษาปริมาณสารเร่งเนื้อแดง (ซาลบู
ตามอล) ตกค้างในครั้งนี้ ใช้ชุดทดสอบ Beta agonist-EIA
Fast (Euro Proxima) ซึ่งเป็นชุดทดสอบแบบ Screening
test สามารถตรวจสอบสารเร่งเนื้อแดงในเนื้อสุกรได้โดยผ่าน
ขั้นตอนการสกัดแบบ Liquid extraction method และ
ตรวจสอบสารเร่งเนื้อแดงโดยใช้หลักการ Competitive
enzyme immunoassay ซึ่งในแต่ละหลุมที่พื้นผิวของแต่ละ
หลุม (Micro titer plate) ถูกเคลือบด้วย Antibodies ที่ม
ีความจำเพาะต่อซาลบูตามอล เมื่อตัวอย่างเนื้อสุกรที่ผ่าน
ขั้นตอนการสกัดแล้วจะเติม Enzyme conjugate และ
Specific antibodies จากนั้นตัว Enzyme conjugate กับ
ซาลบูตามอลที่มีอยู่ในตัวอย่างจะเข้าไปแย่งจับกับ
Specific antibodies เดิม Substrate ลงไป Substrate จะถูก
ย่อยโดย Enzyme conjugate และทำให้เกิดสีขึ้น หลังจาก
นั้นหยุดปฏิกิริยาด้วย Stop solution แล้วอ่านค่าความเข้ม
สีด้วยเครื่องอ่านเพลท บนไมโครเพลท ที่คลื่นแสง 450
นาโนเมตร ถ้าตัวอย่างมีซาลบูตามอลอยู่มาก ก็จะไปแย่ง
จับกับ Specific antibodies ได้มากเนื่องจาก Substrate ไม่
ถูกย่อยโดย Enzyme conjugate ทำให้ไม่มีสี แต่ถ้าตัวอย่าง

ไม่มีซาลบูตามอล สาร Enzyme conjugate ก็จะเข้าไป
แย่งจับกับ specific antibodies ได้มากทำให้มีสีเข้ม⁽⁴⁾

ขั้นตอนการสกัดตัวอย่าง

นำตัวอย่างเนื้อสุกรบดละเอียดมาชั่งตัวอย่างละ
1 กรัม เติมสารละลาย 0.1 M Tris buffer pH 8.0 ที่
ประกอบด้วย 1.25 mg Pronase E ปริมาตร 4 มิลลิลิตร
เพื่อย่อยโปรตีน แล้วนำไปบ่มที่อุณหภูมิ 55 องศา
เซลเซียส ข้ามคืน นำไปปั่นเหวี่ยงเพื่อให้เศษเนื้อสุกร
ตกตะกอน นำสารละลายส่วนใสด้านบน ปริมาตร 2
มิลลิลิตร ใส่หลอดแก้ว แล้วปรับ pH ให้ได้ 9.4 ± 0.2 ด้วย
10 M NaOH จากนั้นเติม Isobutanol 4 มิลลิลิตร ผสมให้
เข้ากันแล้วจึงนำไปปั่นเหวี่ยง 10 นาที นำสารละลาย
ส่วนบน 2 มิลลิลิตร ใส่หลอดแก้ว นำไปประเหยแห้งด้วย
ไนโตรเจนที่ 60 องศาเซลเซียส ละลายด้วย Dilution
buffer 250 ไมโครลิตร แล้วจึงนำไปลงเพลท ELISA
ต่อไป⁽¹⁰⁾

ขั้นตอนการทดสอบด้วย ELISA test kit

นำเนื้อสุกรที่ผ่านขั้นตอนการสกัดที่เติม
Dilution buffer 250 ไมโครลิตร แล้วมาลงเพลท ELISA
50 ไมโครลิตร ให้ครบตัวอย่าง และใส่สารมาตรฐานใน 2
แถวแรกของเพลท จากนั้นเติม Conjugate และ Antibody
อย่างละ 25 ไมโครลิตร ลงในเพลทให้ครบทุกตัวอย่าง
บ่มในที่มืดที่อุณหภูมิห้อง 30 นาที จากนั้นล้างเพลทด้วย
Rinsing buffer 3 ครั้ง แล้วจึงเติม Substrate 100
ไมโครลิตร บ่มในที่มืดที่อุณหภูมิห้อง 30 นาที แล้วจึงเติม
Stop solution 100 ไมโครลิตร เพื่อหยุดปฏิกิริยาแล้วจึง
นำไปอ่านผลด้วย Microplate reader ที่ 450 นาโนเมตร

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA version
10.0 ดังนี้

1. ปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างจากทั้งตลาดใน
เขตและนอกเขตเทศบาล นำเสนอค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

มาตรฐานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทั้งสองตลาดโดยใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

2. ปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรส่วนสันคอ สันนอก และสะโพก เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติจะนำเสนอ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3. เปรียบเทียบปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างแต่ละส่วนที่มาจากตลาดในเขตเทศบาลนครขอนแก่นและตลาดนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยใช้สถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

4. เปรียบเทียบปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างจากเนื้อสุกรส่วนสันคอ สันนอก และสะโพก ที่มาจากตลาด

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรของตลาดสดในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

สถานที่เก็บ	ปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้าง $\bar{X} \pm SD$	95% CI	P value *
ตลาดในเขต	0.81 ± 0.30	0.91-1.10	< 0.001
ตลาดนอกเขต	1.17 ± 0.65		
ตลาดในเขตและนอกเขต	1.01 ± 0.55		

* วิเคราะห์ความแตกต่างของปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างจากตลาดในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ด้วยสถิติ

Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) Test

เนื้อหมูบริเวณสะโพกเท่ากับ 0.59 (0.36 , 1.58) และ 1.24 (0.51 , 3.50) ppb ตามลำดับ ปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างบริเวณสะโพก จากตลาดนอกเขตเทศบาลสูงกว่าตลาดในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณสารเร่งเนื้อแดงของเนื้อสุกรส่วนต่างๆจากตลาดสดในเขตและนอกเขต

บริเวณเนื้อหมู	ปริมาณสารเร่งเนื้อแดง (ppb)		95% CI	P value *
	ในเขต	นอกเขต		
	Median (min , max)	Median (min , max)		
สันคอ	0.80 (0.51 , 1.86)	0.86 (0.47 , 2.67)	0.88 - 1.31	0.320
สันนอก	0.87 (0.48 , 1.43)	0.85 (0.03 , 2.44)	0.81 - 1.03	0.574
สะโพก	0.59 (0.36 , 1.58)	1.24 (0.51 , 3.50)	0.82 - 1.19	<0.001

ทั้ง 2 แห่งคือตลาดสดในเขตเทศบาลและตลาดสดนอกเขตเทศบาลนครขอนแก่น โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis Test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรจากตลาดสดในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

ปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้าง จากตลาดสดในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พบว่ามีค่าเฉลี่ย 0.81 ± 0.30 ppb และ 1.17 ± 0.65 ppb ตามลำดับ ซึ่งค่าเฉลี่ยปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้าง จากตลาดนอกเขตเทศบาลสูงกว่าตลาดในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

* วิเคราะห์ความแตกต่างของปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างจากตลาดในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ด้วย

สถิติ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) Test

3.เปรียบเทียบปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้าง

จากตลาดในเขตเทศบาลและตลาดนอกเขตเทศบาล

ปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างจากตลาดสดทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล บริเวณสันคอ สันนอก และสะโพก เท่ากับ 0.81 (0.47, 2.67) ppb, 0.87 (0.03, 2.44) ppb และ 0.85 (0.36, 3.50) ppb ตามลำดับ พบว่าทั้ง 3 ส่วนมีปริมาณสารเร่งเนื้อแดงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.717$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรแต่ละบริเวณ

สถานที่เก็บ	สันคอ (N=38) Median (min , max)	สันนอก (N=46) Median (min , max)	สะโพก (N=43) Median (min , max)	95% CI	P value *
ตลาดในเขตและนอกเขตเทศบาล	0.81 (0.47, 2.67)	0.87 (0.03 , 2.44)	0.85 (0.36 , 3.50)	0.91-1.10	0.717

* วิเคราะห์ความแตกต่างของปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในแต่ละบริเวณ ด้วยสถิติ Kruskal Wallis Test

ตารางที่ 4 แสดงปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรส่วนต่างๆ ที่เกิน 2 ppb

ส่วนของเนื้อสุกร	ในเขต		นอกเขต		รวมตลาดในเขตและนอกเขต	
	น้อยกว่า 2 ppb	มากกว่า 2 ppb	น้อยกว่า 2 ppb	มากกว่า 2 ppb	น้อยกว่า 2 ppb	มากกว่า 2 ppb
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สันคอ	18 (31.03)	0	14 (70.00)	6 (30.00)	32 (25.19)	6 (4.72)
สันนอก	21 (36.21)	0	24 (96.60)	1 (4.00)	45 (35.43)	1 (0.79)
สะโพก	19 (32.76)	0	22 (91.67)	2 (8.33)	41 (32.28)	2 (1.57)
รวม	58 (100)	0	60 (86.96)	9 (13.04)	118 (92.91)	9 (7.09)

สรุปและอภิปรายผล

ปริมาณสารเร่งเนื้อแดง (ซาลบูตามอล) ที่ตรวจพบ ในเนื้อสุกรจากตลาดสดทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล พบว่าค่าเฉลี่ยของสารเร่งเนื้อแดงมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์กำหนด (2 ppb) คือ 1.01 ± 0.55 ppb ซึ่งถึงแม้ว่าปริมาณที่ตรวจพบนั้นจะพบในปริมาณที่ต่ำ แต่ก็เป็นการ

กระทำที่ผิดกฎหมายจากประกาศของกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 269) พ.ศ.2546 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีการปนเปื้อนสารเคมีกลุ่มเบต้าอะโกนิสต์ได้ กำหนดให้ต้องตรวจไม่พบการปนเปื้อนสารเคมีกลุ่มนี้ในอาหาร โดยการศึกษาในครั้งนี้พบสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรร้อยละ 100 (127/127) ที่ช่วงความ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เข้มข้น ระหว่าง 0.03 - 3.50 ppb ซึ่งมีค่าที่สูงกว่า การศึกษาก่อนหน้านี้ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบนของประเทศไทยโดย Bongkot Noppon และคณะในปี 2012⁽¹¹⁾ ที่พบสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรอยู่ในช่วงความเข้มข้น 0.00 - 0.19 ppb และพบสารเร่งเนื้อแดงตกค้างร้อยละ 91.95 (240/261) จากเนื้อเยื่อตับและเนื้อสุกร ซึ่งหากผู้บริโภคได้รับสารเร่งเนื้อแดงอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวได้ ดังผลการศึกษาของ Salleras, L., และคณะในปี 1995⁽¹⁴⁾ จากประเทศสเปน ที่พบว่าผู้บริโภคตับวัวที่มีสารเร่งเนื้อแดงตกค้างจำนวน 113 ราย มีอาการกล้ามเนื้อกระตุก หัวใจเต้นเร็ว บางรายมีอาการเป็นลม ปวดศีรษะและปวดกล้ามเนื้อและการศึกษาของ Brambilla, G. และคณะในปี 2000⁽¹²⁾ จากประเทศอิตาลีก็พบว่ามีผู้บริโภคจำนวน 15 คน มีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก หลังจากได้รับประทานเนื้อสัตว์ที่มีสารเร่งเนื้อแดงตกค้างเข้าไป และจากผลการเฝ้าระวังของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยสำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ได้มีการเฝ้าระวังเนื้อสุกรในประเทศระยะ 10 ปี (2546-2555) พบว่าในช่วงแรกก่อนมีการรณรงค์โครงการ food safety ตรวจพบสารเร่งเนื้อแดงถึงร้อยละ 96 แต่หลังจากที่มีการรณรงค์ ตรวจพบสารเร่งเนื้อแดงลดลงจนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 แต่ในปี พ.ศ. 2553-2555 สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร ได้สำรวจอีกครั้งกลับพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าการเฝ้าระวังสถานการณ์การตกค้างของสารเร่งเนื้อแดงมีความจำเป็นและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง

ถึงแม้ค่าเฉลี่ยของปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้างที่ตรวจพบในเนื้อสุกรจากตลาดในและนอกเขตเทศบาลจะมีค่าที่ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด (< 2 ppb) แต่เมื่อพิจารณาแยกแหล่งที่มาของเนื้อสุกรแล้ว กลับพบว่าตลาดนอกเขตเทศบาลจะมีปริมาณสารเร่งเนื้อแดงตกค้าง

สูงกว่าตลาดในเขตเทศบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95% CI = 0.91-1.10) จะพบการตกค้างในเนื้อหมูทั้งสามส่วนทั้งนี้เป็นเพราะตลาดในเขตเทศบาลได้รับการควบคุมมาตรฐานจากเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจสอบคุณภาพและควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์อยู่เสมอ มีการมอบป้ายและขึ้นป้ายขนาดใหญ่ให้ผู้บริโภคที่มาซื้อเนื้อสุกรสามารถมองเห็นได้ชัดเจน สำหรับเชิงที่ผ่านการตรวจสอบว่าเป็นเนื้อสุกรที่ปลอดสารเร่งเนื้อแดงจากทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกรมปศุสัตว์⁽¹⁾

นอกจากนี้ยังพบตัวอย่างเนื้อสุกรจากตลาดนอกเขตเทศบาลที่มีค่าตกค้างของสารเร่งเนื้อแดงที่เกินค่ากำหนด (> 2 ppb) จำนวน 9 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 7.09 โดยเป็นเนื้อสุกรส่วนสันคอ 6 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.72) สันหลัง 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 0.79) และสะโพก 2 ตัวอย่าง (ร้อยละ 1.57) ขณะที่การศึกษาในปี 2012 โดย Bongkot Noppon และคณะ⁽¹¹⁾ กลับไม่พบตัวอย่างที่เกินเกณฑ์มาตรฐานเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จากการศึกษาจึงแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์สารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกรที่ทวีความรุนแรงขึ้น แสดงให้เห็นว่ามาตรการเฝ้าระวังจากภาครัฐยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังของกรมปศุสัตว์ (พ.ศ. 2550-2557) ที่แสดงให้เห็นว่าเกษตรกรยังมีการลักลอบใช้สารเร่งเนื้อแดงอยู่ในหลายจังหวัดด้วยกัน เช่น ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้เลี้ยงหรือผู้ผลิตยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของสารเร่งเนื้อแดงตกค้างที่จะส่งผลกระทบต่อผู้บริโภค ดังการศึกษาของ สืบชาติ สัจจวาทีต ในปี 2558⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ประกอบการและผู้บริโภคในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง บางส่วนยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเร่งเนื้อแดง ทำให้ผู้เลี้ยงสุกรและผู้บริโภคอีกกว่าร้อยละ 90 เห็นควรให้มีการเผยแพร่วิธีการเลือกซื้อเนื้อสุกรอย่างปลอดภัย

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ายังคงมีการลักลอบนำสารเร่งเนื้อแดงไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์และผิดกฎหมายถึงแม้จะมีมาตรการอย่างหนักแล้วก็ตาม ซึ่ง

ชี้ให้เห็นว่ามาตรการที่บังคับใช้นั้นยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเกิดจากความรู้ ความเข้าใจของเกษตรกร และผู้ประกอบการ บางส่วนยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อผู้บริโภคได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกจากจะมีการกวาดล้างอย่างเข้มงวดแล้ว ควรให้ความรู้ต่อเกษตรกร ผู้ประกอบ และผู้บริโภค เพื่อป้องกันการนำสารเร่งเนื้อแดงมาใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์ และเพิ่มความปลอดภัยสำหรับผู้บริโภคต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

การศึกษาสถานการณ์สารเร่งเนื้อแดง (ชาลบูตามอล) ตกค้างในเนื้อสุกรแสดงให้เห็นว่ายังคงพบสารเร่งเนื้อแดงตกค้างในเนื้อสุกร ซึ่งถึงแม้ปริมาณที่พบจะไม่มีมากแต่ก็เป็นการลักลอบใช้ยาผิดวัตถุประสงค์และผิดกฎหมาย ดังนั้นควรมีการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพของเนื้อสุกรทั้งตลาดในเขตเทศบาลและตลาดนอกเขตเทศบาลอย่างเข้มงวด และหากจะเลือกซื้อเนื้อสุกรที่ปลอดภัยจากสารเร่งเนื้อแดงตกค้างก็ควรเลือกซื้อจากตลาดที่ได้มาตรฐานด้วยเช่นกัน และในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาเนื้อหมูส่วนต่างๆ จากสุกรตัวเดียวกัน เพื่อให้ทราบถึงความเข้มข้นของสารเร่งเนื้อแดง

ตกค้างในเนื้อเยื่อต่างๆ ว่ามีปริมาณแตกต่างกันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเลือกซื้อของผู้บริโภคที่สามารถเลือกซื้อเนื้อสุกรในบริเวณที่มีโอกาสตกค้างของสารเร่งเนื้อแดงน้อยที่สุด โดยการศึกษาจำเป็นต้องได้รับการร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้การ Screening test ไม่มีการตรวจยืนยันผลด้วยวิธีการขั้นสูง ข้อมูลที่ได้จึงเป็นข้อมูลจากการศึกษาเบื้องต้น และไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าสารเร่งเนื้อแดงที่ตกค้างในเนื้อเยื่อของสุกรแต่ละส่วนนั้น มีความแตกต่างกันจริงหรือไม่ เนื่องจากไม่สามารถเก็บเนื้อเยื่อตัวอย่างสุกรบริเวณต่างๆ มาจากสุกรตัวเดียวกัน เพื่อนำมาวิเคราะห์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตวแพทย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ที่ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือและห้องปฏิบัติการในการตรวจวิเคราะห์สารเร่งเนื้อแดงตกค้างในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกพร ธัญมณีสิน. โครงการการบูรณาการความปลอดภัยด้านอาหาร จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2554. <http://mx.kkpho.go.th/khonkaenfa/documents/foodsafety.pdf> สืบค้นเมื่อ (2 สิงหาคม 2559).
- 2.กรมปศุสัตว์. กิจกรม: การแก้ไขปัญหาการใช้สารเร่งเนื้อแดงในสุกร. คู่มือและแนวทางการปฏิบัติงานหน่วยงานในสังกัดกรมปศุสัตว์ ปีงบประมาณ 2552, 2552: 327-331
- 3.จุฑารัตน์ เศรษฐกุล. การสำรวจคุณภาพเนื้อสุกรในประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร, 2544.
- 4.นภาพร บานชื่น. ELISA ทฤษฎีและการปฏิบัติ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ, 2536.
- 5.มนต์วี ชูดวง และ พรหมภัสสร วุฒิจิริจิติกาล. การเฝ้าระวังการใช้สารเร่งเนื้อแดงในสุกรในจังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ 2554-2557. สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดเพชรบูรณ์. 2558
- 6.สำนักคุณภาพและปลอดภัยอาหาร. “กรมวิทย์ฯ ห่วงผู้บริโภค แนะนำเลือกซื้อเนื้ออย่างฉลาด.” <http://www.thaihealth.or.th/Content/3407-กรมวิทย์ฯ%20ห่วงผู้บริโภค%20แนะนำเลือกซื้อเนื้ออย่างฉลาด.html> สืบค้นเมื่อ (2 สิงหาคม 2559).
- 7.สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย. สถานการณ์ปัญหาด้านความปลอดภัยอาหาร ปีงบประมาณ 2555-2556. https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=12609 สืบค้นเมื่อ (2 สิงหาคม 2559).

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

- 8.สืบชาติ สัจจวาทีต และนันทศักดิ์ มุสิกศิลป์. “การรับรู้ข่าวสารและทัศนคติเกี่ยวกับสารเร่งเนื้อแดงของผู้เลี้ยงสุกรผู้ประกอบการและผู้บริโภคในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง”. **จุลสารศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตวแพทย์ภาคเหนือตอนล่าง**. 12(44): 1-9 2558
- 9.สายฝน น้อยสุพรรณ และคณะ. “ผลการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับวงจรคุณภาพเดมมิ่ง ในการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงเรียนโดยชมรม อย.น้อยอำเภอปทุมรัตน์จังหวัดร้อยเอ็ด”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 5(2): 11-22, 2555
- 10.เอกสารคู่มือการใช้งาน **B - AGONIST – EIA FAST A microtitre plate based competitive enzyme Immunoassay For analysis and screening of urine, faeces,feed,bile,tissue,plasma,hair and choroids/retina sample**. Natherlands. EURO DIAGNOSTICA B.V. (EXT-EQ-055)
- 11 .Bongkot Noppon, Pitak Noimay. Monitoring of Beta agonist residues in swine tissues from Northeastern Thailand. **International Journal of arts & Science**. 5(4): 151-155, 2012
- 12 .Brambilla, G., Cenci, T., Franconi, F., Galarini, R., Macri, A., Rondoni, F., et al. Clinical and pharmacological profile in a clenbuterol epidemic poisoning of contaminated beef meat in Italy. **Toxicology Letters**. 114: 47–53, 2000
13. Hung, M., Huang, H., Chen, C., Wu, Y., Dixon, K., Chi Liang Mao, C. Salbutamol Residues in Swine Tissues and Body Fluids after Feeding. **The Thai Journal of Veterinary Medicine**. 40(4): 399-404, 2010
- 14 . Salleras, L., DOMINGUEZ, A., MATA, E., TABERNER, J.L., MORO, I., SALVA,P. Epidemiologic Study of an Outbreak of Clenbuterol Poisoning in Catalonia, Spain. **Public Health Reports**. 110(3): 338-342, 1995
- 15.Sornprasit, S. Effect of heating on salbutamol residue in raw pork tissue. **Bulletin of The Department of Medical Sciences**. 47:261-269, 2005

ผลลัพธ์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

Outcomes of Pre-surgery Preparation Program in Fast Track Surgery for Patients with Breast Cancer at Primary Care Unit

ตะวัน เขตปัญญา¹, กชพร สิงห์หล้า², อมร สุวรรณนิมิตร³
Tawan Khetpanya¹, Kotchaporn Singhala², Amorn Suwannimitr³

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่มีความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ปัจจุบันนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของสตรีในประเทศไทยและทั่วโลก การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะก่อนผ่าตัด ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 20 คน วัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ คู่มือการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดในระบบช่องทางด่วนที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของ คอนบรอกมีค่าเท่ากับ 0.864 วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทั่วไปและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยรวมมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดต่อการรักษาโดยการผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อการบริการก่อนเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยรวมมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 4. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความร่วมมือในการเข้ารับการรักษา โดยรวมมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด, ระบบการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน, หน่วยบริการปฐมภูมิ

ABSTRACT

Breast cancer was a serious disease that effects to the quality of life in patients. It is the most cause of death among women in Thailand and around the world. This quasi- experimental research aimed to study the outcome of pre-surgery preparation program in fast track surgery system for patients with breast cancer pre- surgery phase at the primary care unit. Studies in 20 pre-surgery breast cancers patients were assessed at the outpatient department of Kalasin hospital. The instruments used in this study were the pre-surgery manual for patients with breast cancer in pre-surgery phase at the primary care unit. The tool used to collect data was a questionnaire. Content validity was approved by five. Reliability using the Cronbrach's alpha coefficient was 0.864. The feature information was compared with the descriptive statistics. Wilcoxon signed-rank test was used before and after the trial.

The research found that 1. After the trial, the samples had a higher level of knowledge about general and practice in breast cancer than before the trial. Statistically significant ($p < .05$) 2. After the trial, the samples had lower stress levels for surgical treatment. Statistically significant ($p < .05$) 3. After the trial, the samples had the level of satisfaction with the service prior to breast cancer surgery. Overall, more than before the trial. Statistically significant ($p < .05$) 4. After the trial, the samples had the level of Collaborative treatment. Overall, more than before the trial. Statistically significant ($p < .05$)

Keywords: Pre-surgery Preparation Program, Fast Track Surgery System, Primary Care Unit.

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

³ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งถือว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 พบว่า มีอัตราการตายของประชากรด้วยสาเหตุโรคมะเร็งจำนวน 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22 จากจำนวนประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ ในปี ค.ศ. 2012 ยังพบว่ามะเร็งที่มีอัตราการตายมากที่สุดในเพศชายคือ มะเร็งปอด มีจำนวนกว่า 1,098,606 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดในเพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม พบว่า มีอัตราการตายสูงถึง 521,817 คน คิดเป็นร้อยละ 14.7 และจากผลสำรวจสถิติในภูมิภาคเอเชียพบว่า มีอัตราการตายสูงถึง 231,013 คน คิดเป็นร้อยละ 5.1⁽¹⁾ และที่สำคัญคือ สถานการณ์ภาพรวมของการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย มีความสอดคล้องกับทั่วโลก กล่าวคือ สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคมะเร็ง รองลงมาคืออุบัติเหตุ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง โรคหัวใจ ปอดอักเสบและโรคปอดอื่น ๆ ซึ่งแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณปีละ 73,938 คน คิดเป็นอัตรา 113.7 ต่อประชากร 100,00 คน⁽²⁾

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น โดยตลอด จากรายงานสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2554 - 2558 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 3,341, 3,917, 3,925, 3,968 และ 3,439 คน และในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จำนวน 849 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทในประเทศไทย⁽³⁾ และจากสถิติของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวน 378, 399, และ 396 คน ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งการเกิดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ส่งผลให้จำนวนของการเข้ารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการของโรงพยาบาล เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแต่ละวันมีจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายใน

การดูแลแต่ละรายเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในปีงบประมาณ 2555 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่มารับการรักษาและปฏิเสธการรักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นจำนวนถึงร้อยละ 5 และเลือกที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลอื่นหรือบางรายไม่เข้ารับการรักษาเลยด้วยเหตุผลด้านความพร้อมทางเศรษฐกิจ และไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว และในปีงบประมาณ 2559 พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการลดลงจากร้อยละ 79 เหลือร้อยละ 75 โดยพบว่า จำนวนผู้รับบริการคลินิกศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ทั้งหมดโดยรวมในแต่ละวัน เมื่อปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนมากถึง 100-120 คน ส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทำได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่างบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอยู่ที่ 120,000 – 1,200,000 บาท ต่อคนต่อปี หรืออาจสูงกว่านี้⁽²⁾ และพบว่าโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้านอนพักรักษาในแต่ละครั้ง ซึ่งสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 10,028 -11,008 บาท ต่อคนต่อปี โดยในปีงบประมาณ 2558 มีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกรณีผู้ป่วยในเป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น 1,893,543 บาท และสูงขึ้นมากในปี 2557 โดยเพิ่มขึ้นกว่า 8,233,084 บาท ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยรวมของผู้ป่วยนอก มีจำนวนทั้งสิ้น 9,273,005 บาท โดยสรุปในภาพรวม ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2557 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อาทิ ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าผ่าตัด ค่ายา เป็นเงินทั้งสิ้น 24,031,481 บาท นอกจากนี้ยังพบปัญหาข้อร้องเรียนในเรื่องของคุณภาพการบริการในปีงบประมาณ 2559 พบว่าระดับคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ที่ร้อยละ 80 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 85⁽⁴⁾

โรคมะเร็งเต้านม เป็นโรคที่มีความรุนแรงหากวินิจฉัยและเข้ารับการรักษาช้า แต่ทั้งนี้ยังมีผู้รับบริการในชุมชนส่วนหนึ่งไม่ได้เข้ารับการรักษาตามแนวทางและปฏิเสธการรักษา เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทัศนคติต่อแนวทางการรักษาไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและที่สำคัญ คือ มีภาวะคุกคามถึงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาพบว่ามีจุดอ่อน

ในระบบการรักษาโรคมะเร็งเต้านมการวินิจฉัยที่ล่าช้าเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ซึ่งพบได้บ่อย⁽⁵⁾ ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีรูปแบบที่ดำเนินการตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจร่างกาย หากเข้าเกณฑ์ผิดปกติแพทย์จะดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้ 1) ทำการส่งตรวจพิเศษเพิ่มเติม ด้วยการทำ อัลตราซาวนด์เต้านม หรือการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม จากนั้นหากผลตรวจผิดปกติผู้ป่วยก็จะได้รับการผ่าตัดทำหัตถการเพื่อนำชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยหากผลชิ้นเนื้อผิดปกติพบเป็นมะเร็งผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม หลังจากนั้นก็ต้องเข้ารับยาเคมีบำบัด ฮอว์โมนบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ตามแนวทางการรักษาต่อไป⁽⁶⁾ ทั้งนี้แนวทางหรือขั้นตอนการรักษาโรคมะเร็งเต้านมภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ใช้เวลาก่อนข้างนานเฉลี่ย 3 เดือนครึ่งถึง 4 เดือนผู้ป่วยจึงจะได้รับผลการผ่าตัด

ระบบการผ่าตัดแบบช่องทางคว้น (Fast Track Surgery: FTS หรือ Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) เป็นรูปแบบหรือเทคนิคที่หลากหลาย มุ่งมั่นต่อการลดความผิดปกติและความพิการของอวัยวะภายหลังการผ่าตัด โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ การฟื้นตัวที่รวดเร็วของผู้ป่วยภายใต้การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ ศัลยแพทย์ วัสดุแพทย์ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่ประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการรวมถึงการสอน การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการรักษาโรคมะเร็งเต้านม มีการศึกษาพบว่าการศึกษาในคลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบในระยะก่อนผ่าตัด โดยอธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางคว้นผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการยินยอมทำการรักษา ในขณะที่วัสดุแพทย์พยาบาลได้มาประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยทำการประเมินภาวะเสี่ยงในการรับการรักษา การปรึกษาหารือเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ การปรึกษาหารือเกี่ยวกับช่องทางคว้นผ่าตัด และการพาผู้ป่วยและผู้ดูแลเยี่ยมชมหอผู้ป่วยก่อนวันเข้านอนพักรักษาตัวยังช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีและค่าใช้จ่ายโดยรวมในโรงพยาบาล

ลดลงอีกด้วย⁽⁷⁾ การให้ข้อมูลและการให้ความรู้ก่อนผ่าตัดส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ช่วยบรรเทาความวิตกกังวล และทำให้อาการปวดดีขึ้น โดยพบว่า จากเดิมที่ระยะเวลาวันนอนที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 3 สัปดาห์กับอีก 6 วัน ลดลงเหลือเพียง 1 สัปดาห์กับ 2 วัน ภายหลังจากการให้เข้าระบบ Fast Track Surgery แผลหายเร็วขึ้นจาก 5 สัปดาห์ เหลือเพียงแค่ 1 สัปดาห์ 6 วัน อีกทั้งอัตราการครองเตียงในหอผู้ป่วยลดลงถึงร้อยละ 30 รวมถึงพยาบาลสามารถบริหารจัดการเรื่องแผล และการฟื้นฟูทางด้านจิตสังคมที่ดีขึ้น⁽⁸⁾ อัตราวันนอนโรงพยาบาลลดลงและจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ภายในไม่เกิน 3 วัน⁽⁹⁾ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำและภาวะเครียดลดลง⁽¹⁰⁾ จากการศึกษาที่ระบบการผ่าตัดแบบช่องทางคว้นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการรักษาพยาบาล เขตสุขภาพที่ 7 จึงได้มีนโยบายให้นำการผ่าตัดแบบช่องทางคว้นมาใช้สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าบทบาทของพยาบาลในขั้นตอนของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดของระบบการผ่าตัดแบบช่องทางคว้นนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทั้งนี้พยาบาลที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางคว้น ต้องมีความรู้ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ทั้งในการสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ประสานงาน และเป็นผู้จัดการสามารถบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาล และทฤษฎีอื่นๆ มาใช้ในการดูแลผู้รับบริการ

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแม้จะมีนโยบายในระดับเขตสุขภาพ และมีการจัดวางระบบในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แต่การนำไปสู่การปฏิบัติยังไม่มี ความชัดเจน รวมถึงยังไม่มีโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบช่องทางคว้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางคว้นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ได้แก่ ความรู้ ความเครียด ความพึงพอใจ และความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะส่งผล

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และผลลัพธ์อื่น ๆ ของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน ระดับความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน ระดับความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยและค่ามัธยฐาน ระดับความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่มารับบริการด้วยปัญหาที่เต้านมหรือรักแร้ ที่คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของประชากร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการที่คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่มีคุณสมบัติตรงตามลักษณะประชากรที่กำหนด โดยการสุ่มโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non Probability random sampling) แบบการสุ่มตามจุดมุ่งหมาย (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 20 คน โดยใช้สูตรการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 2(SD)^2}{(\bar{d})^2}$$

เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ 99% กำหนดค่าป้องกันการสูญหายที่ 15% และระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยแผนการให้ความรู้ แผนการให้คำปรึกษาคู่มือเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางคั่น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตัว แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความพึงพอใจในการรักษา และแบบประเมินความร่วมมือในการเข้ารับการรักษา การตรวจสอบเครื่องมือการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำมาหาค่า IOC ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Conbrach's Coefficiency) ได้เท่ากับ 0.864 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบผลการทดลองก่อนและหลังการทดลอง คือ Wilcoxon sign-rank test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมวิจัยการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอเรื่องต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับอนุมัติให้สามารถทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ได้ เลขที่อนุญาตที่ ศษ. 053011/2286 ลงวันที่ 9 กันยายน 2559 จากนั้นผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล ต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยผู้วิจัย แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยจะถอนตัวเมื่อใดก็ได้

ผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ ระดับความเครียด ระดับความพึงพอใจและระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ ระดับความเครียด ระดับความพึงพอใจและระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	\bar{X}	S.D.	Med.	\bar{X}	S.D.	Med.		
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม	10.20	1.50	10.00	11.65	.49	12.00	-3.222	.000*
ระดับความเครียดต่อการรักษาโดยการผ่าตัด	11.05	8.33	9.50	3.60	2.28	3.50	-3.282	.000*
ระดับความพึงพอใจต่อการบริการก่อนเข้ารับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม	63.85	8.54	62.50	72.95	2.21	73.50	-3.433	.000*
ระดับความร่วมมือในการเข้ารับการรักษา	7.60	2.35	7.50	11.55	.60	12.00	-3.743	.000*

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ คะแนนเฉลี่ยระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางคั่น สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่

หน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการผ่าตัดแบบช่องทางคั่นและแนวคิดการประเมินผลลัพธ์การดูแล ซึ่งผลที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง โดยเมื่อสิ้นสุดการวิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านมก่อนการทดลองแสดงให้เห็นถึงระดับความรู้ที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีต่อโรคมะเร็งเต้านมยังอยู่ในระดับน้อย ส่งผลกระทบต่อการตระหนักในการเข้ารับการรักษาและทำให้เข้ารับการรักษาล่าช้า อีกทั้งยังส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถลดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁰⁾ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และมีทัศนคติต่อโรคสูงขึ้น⁽¹²⁾ และ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร ใจคำสืบ (2552)⁽¹³⁾ ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรมฯ พบว่า ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดอยู่ในระดับปกติ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wilmore, Kehlet. (2001)⁽¹¹⁾ ที่พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดในระบช่องทางค่านนั้นมีความเครียดก่อนผ่าตัดในระดับที่สูง และยังพบว่าในการดูแลที่ครอบคลุมก่อนและหลังผ่าตัดในระบช่องทางค่านผู้ป่วยมีระดับความเครียดที่สูงเช่นกัน⁽¹⁰⁾ ซึ่ง Wind, Hofland, Preckel, et al. (2006)⁽⁷⁾ พบว่าการชี้แจงขั้นตอนการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางค่านผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการยินยอมทำการรักษา การประเมินภาวะเสี่ยงในการรับการรักษา การปรึกษาหารือเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ การปรึกษาหารือเกี่ยวกับช่องทางค่านผ่าตัด และการพาผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าเยี่ยมชมหอผู้ป่วยก่อนวันเข้านอนพักรักษาตัว ในระยะวันที่เข้านอนโรงพยาบาล ระยะวันที่เข้ารับการผ่าตัด การจัดการหลังผ่าตัด การวางแผนการจำหน่าย การดูแลต่อเนื่อง มีผลทำให้ระดับความเครียดของผู้ป่วยลดลงได้ สอดคล้องกับเกศริน บัดสำราญ (2555)⁽¹⁴⁾ พบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการออกกำลังกายของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกำลัง

เผชิญอยู่ เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้รัชนิกร ใจคำสืบ (2552)⁽¹³⁾ ยังพบว่าอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ฌัญจิรา ประสาทแก้ว และคณะ (2555)⁽¹⁵⁾ ยังพบว่า ในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ยังช่วยให้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการเยี่ยมทางโทรศัพท์ก่อนผ่าตัดจะให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัด สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ทางโทรศัพท์ ไม่มีความวิตกกังวล ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผลของการวิจัยในด้านการศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนได้รับ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดที่หน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง และภายหลังการได้รับโปรแกรมดังกล่าวพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ข้อมูลที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์กลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่า “อยากให้โทรศัพท์สอบถามคนไข้แบบนี้บ่อย ๆ คนไข้จะได้สบายใจ” หรือบางคนสะท้อนว่า “นอนหลับสบายดีทุกวันเลยคะสวดมนต์ทุกวันเลย ไม่เครียดเลย สบายใจที่มีคุณหมอ คุณพยาบาลคอยเอาใจใส่” จึงชี้ให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมฯ ดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียด ทำให้ความเครียดลดลงได้

3. คะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไป

ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดที่ได้รับการโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความพึงพอใจสูงขึ้นทั้งในด้านความห่วงใยอาหาร ด้านการเข้าถึงบริการและด้านความสามารถเชิงวิชาชีพ ซึ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wilmore, Kehlet. (2001) ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องได้รับการผ่าตัด ระยะแรกคือระยะก่อนผ่าตัด มีการเตรียมความพร้อมก่อนได้แก่ การให้ข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด ซึ่งสามารถลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับไปพักที่บ้านได้เร็วขึ้น และสามารถลดภาวะเครียดในผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก อีกทั้ง กิจกรรมที่ให้ระยะก่อนผ่าตัดได้แก่ การประเมินการทำงานของอวัยวะทุกระบบ การประเมินภาวะโภชนาการ การวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการออกกำลังกายหลังผ่าตัด ผลที่ได้จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภาวะเครียดลดลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างภายหลังการได้รับ โปรแกรม ที่สะท้อนว่า “อยากให้โรงพยาบาลอื่นทำแบบนี้บ้าง ดีมาก ชอบมากค่ะ” บางคนสะท้อนว่า “คุณหมอ คุณพยาบาลเอาใจใส่ดีมากค่ะ” หรือบางคนสะท้อนว่า “รู้สึกพอใจมากค่ะ เจ้าหน้าที่ที่ทุกคนอธิบายดีมากทั้งคุณหมอ คุณพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องเอ็กซเรย์ เอาใจใส่ดีมากค่ะ” จึงชี้ได้ว่าการได้รับ โปรแกรม ฯ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการ และยังสะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ พร้อมทั้งแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยเอื้ออาทรที่มีต่อผู้ป่วย และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจต่อบริการ

4. คะแนนเฉลี่ยระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการประเมินความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดต้องอาศัยการวางแผน

ล่วงหน้าสำหรับกิจกรรมที่จำเป็น เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งด้านความรู้ ความพึงพอใจ การปฏิบัติตัว นอกจากนี้ยังพบว่า การเตรียมความพร้อมและการวางแผนการจำหน่ายล่วงหน้าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาเป็นอย่างดี ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ก่อนการทดลองมีค่า 9.90 และภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยคือ 14.80 ซึ่งเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งข้อมูลจากการสังเกตพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมาพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาตรงนัดทุกคน และแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจในการเข้ารับการรักษา และข้อมูลที่ได้อาจการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังการได้รับ โปรแกรม ฯ พบว่าทุกคนสามารถฝึกปฏิบัติในการบริหารแขนได้อย่างถูกต้อง และส่วนมากภายหลังได้รับ โปรแกรม ฯ จะสวมหมวกก่อนนอน ทำสมาธิทุกวันก่อนผ่าตัด “สวมหมวกทุกคืนเลยคะ ตอนกลางวันถ้าว่างก็สวด นอนหลับสบายคะ” “ออกกำลังกายทุกวันเลยคะ ยกแขนทุกวัน เช้า- เย็น ฝึกทุกวันเลย” จึงพอสะท้อนให้เห็นว่าภายหลังการได้รับ โปรแกรม ฯ ผู้ป่วยให้ความเอาใจใส่ในการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดเพิ่มขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

สรุปความเหมาะสมของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางค่าน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ผลจากการทดลองใช้โปรแกรม พบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผลลัพธ์ของการรักษาได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตัวทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านจิตใจ ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด การจัดการความเครียด การพักผ่อน 2) ความเครียดต่อการรักษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ภายหลังการได้รับ โปรแกรม ฯ และสามารถเผชิญต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม 3) ความพึงพอใจต่อการบริการก่อนเข้ารับการรักษา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยการได้รับการดูแลจากพยาบาล ภายใต้อาสาสมัครวิชาชีพ และความห่วงใยเอื้ออาทร และโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจมากที่สุด และ 4) ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษ โดยภายหลังจากการได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ในการดูแลตนเองเพื่อเข้ารับการผ่าตัดในระบบช่องทางด่วน เพิ่มมากขึ้น เช่น การรับประทานยาที่ต้องเพิ่มปริมาณเป็นสองเท่า การออกกำลังกายทุกวัน การฝึกทำฟื้นฟูสมรรถภาพ การมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งทุกคนที่ได้รับโปรแกรมสามารถปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมนี้มีความเหมาะสมในการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดในระบบช่องทางด่วน อันสอดคล้องกับแนวคิดของ Kehlet, H. (2011)⁽¹⁶⁾ ซึ่งหลักการสำคัญของการผ่าตัดแบบช่องทางด่วน คือ การฟื้นตัวที่รวดเร็วของผู้ป่วยภายใต้การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ โดยรูปแบบหรือเทคนิคที่หลากหลาย มุ่งมั่นต่อการลดความผิดปกติและความพิการของอวัยวะหลังการผ่าตัดและหากเจ้าหน้าที่ในคลินิกศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอกได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบในระยะก่อนผ่าตัด โดยอธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางด่วนผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับการยินยอมทำการรักษา ในขณะที่วิสัญญีพยาบาลได้มาประเมินที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยทำการประเมินภาวะเสี่ยงในการรับการรักษา การปรึกษาหารือเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะที่ การปรึกษาหารือเกี่ยวกับช่องทางด่วนผ่าตัด และการพาผู้ป่วยและผู้ดูแลเยี่ยมชมหอผู้ป่วยก่อนวันเข้านอนพักรักษาตัว อันจะส่งผลต่อภาวะเครียดที่ลดลง อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการเข้ารับการรักษ ซึ่งจะช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดดีและค่าใช้จ่ายโดยรวมในโรงพยาบาลลดลงอีกด้วย⁽⁷⁾ และนอกจากนั้นในภาพรวมของผู้ป่วยและญาติก็มีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น เช่นเดียวกับบุคลากรของในโรงพยาบาล ซึ่งสุดท้ายโปรแกรมนี้จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอื่นในระบบการรักษาของโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยที่พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทำให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ควรตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการแบบช่องทางด่วนเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการป้องกันการสูญหายจากระบบการรักษา ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความประมาทด้านจิตใจ รวมถึงความอ่อนไหวของญาติที่รู้สึกกระทบกระเทือนใจ เมื่อทราบว่าบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง ดังนั้นการจัดการให้การดูแลแบบช่องทางด่วนจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกถึงความใส่ใจในการดูแล การบริการ และเป็นรูปแบบหนึ่งที่สามารถให้การดูแลแบบองค์รวมและพยาบาลควรนำไปประยุกต์ใช้กับโรคมะเร็งกลุ่มอื่นๆ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ปัญหาโรคมะเร็งยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับชาติ ดังนั้นทางด้านการผลิตบัณฑิตทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของบัณฑิตเพื่อให้ออกไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีจิตใจเมตตา กรุณา เข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ และเห็นความสำคัญของการดูแลในระบบช่องทางด่วน

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ทางด้านการวิจัยทางการพยาบาล ยังคงต้องการชุดองค์ความรู้ด้านการดูแลที่เหมาะสม หรือการพัฒนาโปรแกรม การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline; CNPG) ที่จะช่วยส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้น นอกจากนั้นควรส่งเสริมการวิจัยเชิงระบบหรือเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลหรือระบบการบริการ

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระดับโรงพยาบาล (Hospital base) และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน หรือมีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าโปรแกรม ดังนั้นจึงควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยอื่น ๆ เพื่อศึกษาในกลุ่มที่ดูแลตัวเองที่บ้าน (Home Care) หรือใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community base) เช่น การวิจัยแบบมีส่วนร่วม หรือการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งภายหลังได้รับการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

บทความการวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
วิทยานิพนธ์เรื่อง ผลลัพธ์ของโปรแกรมเตรียมความพร้อม
ก่อนผ่าตัดในระบบการผ่าตัดแบบช่องทางดวน สำหรับ
ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
ซึ่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กราบ
ขอบพระคุณ ผศ.ดร.กชพร สิงห์หล้า และ ผศ.ดร.อมร

สุวรรณนิมิตร์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและให้
ความอนุเคราะห์ในด้านข้อมูลทางวิชาการ และการให้
คำปรึกษาในการทำวิจัย กราบขอบพระคุณผู้ที่มีส่วน
เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้
ผู้วิจัยขอระลึกถึงและขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ
โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **World CancerReport 2014**. Naturaprint France. 2014.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558**. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพฯ) จำกัด กรุงเทพฯ, 2558.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.2558**. โรงพิมพ์ตะวันออก กรุงเทพฯ, 2558.
4. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รายงานทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2560
5. ปิติโชติ หิรัญเทพ. **ตำราศัลยศาสตร์วิวัฒน์ 38**. สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร กรุงเทพฯ, 2554.
6. อาคม ชัยวีระวัฒน์และคณะ. **แนวทางการคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเต้านม**. โฉมิตการพิมพ์ จำกัด กรุงเทพฯ : 2558.
7. Wind, J, Hofland, J,Preckel, B. etc.al. “Perioperative strategy in colonic surgery; LAParoscopy and/or Fast track multimodal management versus standard care (Lafa trial)”. **BMC surgery**. 6(16) : 1-8. 2006.
8. Mertz, B, G,Kroman, N,Williams, H, Kehet, H. “Fast-track surgery forbreast cancer is possible”. **Denish Medical journal**, 60(5) : 1-5, 2013.
9. Carter J, Szabo R, Sim WW, etc.al. “Fast track surgery: a clinical audit”. **Aust N Z J ObstetGynaecol**, 50(2) : 159-163. 2010.
10. Nanavati, A, J,Prabhakar.S. “Fast-track surgery: Toward comprehensive peri-operative care”. **Review article**, 8(2) : 127-133, 2014.
11. Wilmore, D, W, Kehlet, H. “Management of patient in Fast-track surgery”. **BMJ**. 322(7284) : 473–476. 2001.
12. จันทน์ เต๋อพิสิฐพงษ์, ณัฐวดี กันตถาวร. “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อระดับความรู้และทัศนคติในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ”. **วารสารสภาการพยาบาล**. 28(2) : 75-87. 2556.
13. รัชนิกร ใจคำสืบ. “ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด”. **วารสารโรคมะเร็ง**. 29(4) :152-161, 2552.
14. เกศริน ปัดสำราญ. “ผลของการให้ข้อมูลต่อการปรับตัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด”.**วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 30 (3): 163-170, 2555
15. ณัฏฐิรา ประสาทแก้ว, แสงทอง ชีระทองคำ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล.. “ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และค่าความดันโลหิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 42(3) : 19-31. 2555.

แนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ

The Guidelines of Environmental Learning Management Model Based on Sufficiency Economy

Philosophy of the Agri-Nature Networks

รัชนิวรรณ จินธรรม¹, ปันณักรภัต ถกมลภักดี², อรวรรณ ภัตสรศิริ³

Rachaneewan Cheentam, Pannrathat Takolpuckdee, Orawon Passornsiri

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ 2) ศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นผู้บริหาร วิทยากร เจ้าหน้าที่ศูนย์ และผู้นำชุมชน ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง จากศูนย์กิจกรรมธรรมชาติ 5 ศูนย์ ศูนย์ละ 10 คน รวม 50 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ศูนย์ ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจงจากศูนย์กิจกรรมธรรมชาติ 5 ศูนย์ ศูนย์ละ 2 คน รวม 10 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. สภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ เป็นการดำเนินงานในรูปแบบศูนย์เรียนรู้ที่ดำเนินกิจกรรมเพื่อรณรงค์ให้เกษตรกรตระหนักถึงความสำคัญของการทำการเกษตรแบบพึ่งตนเองตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง ให้เกิดองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับการเกษตรธรรมชาติ เชื่อมโยงศูนย์กลางๆ เข้าด้วยกัน เป็นเครือข่ายเพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ วิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ดำเนินการป้องกัน แก้ไขและฟื้นฟูสภาพแวดล้อม โดยนำแนวเกษตรทฤษฎีใหม่และหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปธรรม ปัญหาการจัดการเรียนรู้ คือ การจัดการอบรม และวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนการฝึกอบรมยังไม่สมบูรณ์ ทั้งในด้านหลักสูตรการฝึกอบรมยังไม่ตอบสนองต่อทุกกลุ่มเป้าหมาย ขาดเครื่องมือในการประเมินผลและติดตามผลการฝึกอบรม และยังขาดการรวบรวมชุดความรู้ต่างๆ อย่างเป็นระบบ รวมทั้งชุดการเรียนรู้เพื่อใช้ในการอบรม ป้ายสื่อความหมายในฐานะเรียนรู้ต่างๆ ชำรุด

2. ผลการศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ พบว่า แนวทางการจัดการเรียนรู้ มี 5 ด้าน คือ 1) ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการเรียนรู้ทุกศูนย์ได้น้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นหลักในการจัดการเรียนรู้ 2) การจัดการเรียนรู้ ใช้กระบวนการพัฒนาคน ดิน น้ำ ป่า โดยจัดกิจกรรมให้ปฏิบัติจริง รู้จริง รู้แจ้ง โดยเน้นช่วงเช้าบรรยาย

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้, สิ่งแวดล้อม, หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง, เครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ

Abstract

This research was a qualitative research. The objectives were to 1) study the state and problems of environmental learning management based on Sufficiency Economy Philosophy of Agri-nature networks, 2) study the guidelines of environmental learning management based on Sufficiency Economy Philosophy of Agri-nature networks. This research consisted of 2 phases as follows: Phase 1, study the state and problems of environmental learning management based on Sufficiency Economy Philosophy of Agri-nature networks. The key informants included executives, guest speakers, staff and community leaders from 5 Agri-nature network centers, 10 people from each center, total 50 people, using Purposive Sampling. The instrument was semi-structured interview, with IOC at 0.74. The data were analyzed by content analysis. Phase 2, study the guidelines of environmental learning management based on Sufficiency Economy Philosophy of Agri-nature networks. The key informants were executives

¹ นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

³ อาจารย์พิเศษ วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

and staff from 5 centers, 2 people from each center, total 10 people. The instrument was semi-structured interview, with IOC at 0.70. The data were analyzed by content analysis.

The research findings were as follows: 1.The state and problems of environmental learning management based on Sufficiency Economy Philosophy of Agri-nature networks was managed as a learning center that worked to promote farmers' awareness of the importance of self-reliant farming under the Sufficiency Economy Initiative to develop knowledge related to natural agriculture, linking the centers together. It was a network for exchange of knowledge, way of life, culture, local knowledge, protection and improvement to refresh the environment by applying the new agricultural theory and Sufficiency Economy Philosophy. The problem of learning management was training management. Training materials and equipment were not complete. In terms of curriculum, training did not respond to all target groups, lacked of tools to evaluate and monitor training outcomes, lacked of the collection of knowledge system. The equipment and learning media, the information signs, training kits and training evaluation tools needed to be improved. 2.The guidelines for the environmental learning management based on sufficiency economy philosophy of Agri-nature networks were: 1) applying the principle of Sufficiency Economy as the principle of learning management, 2) learning management using development process of human, land, water and forest learned by doing with schedule of lecture in the morning, practice in the afternoon, conclusion in the evening, 3) learning bases and media with 9 main bases, 4) the short term curriculum: 1 day, 2 days, 3-5 days, and 5) evaluation and follow up by implementing a project plan after completion of the training, the follow up by staff after 1 month and every year

Keywords: Learning Management, Environment, Sufficiency Economy Philosophy, Agri-Nature Networks

บทนำ

สังคมไทยได้น้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางทุกภาคส่วน โดยรัฐบาลได้บรรจุเข้าไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ส่งผลให้ประเทศไทยเข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันสูงขึ้นในหลายด้านและสามารถปรับตัวรับกับภาวะวิกฤติเศรษฐกิจโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนได้จากดัชนีความสุขของคนไทยโดยรวมที่ไม่ได้รับผลกระทบและอยู่ระหว่างร้อยละ 66 – 68 มีปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่เข้มแข็ง การมีงานทำ ความเข้มแข็งของชุมชน และความอบอุ่นของครอบครัวที่ส่งผลดีต่อความอยู่เย็นเป็นสุข อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ยังเป็นอุปสรรค ได้แก่ ความสมานฉันท์ในสังคม สภาพแวดล้อมและระบบนิเวศ ความสมดุล ความเสี่ยงจากปัญหาเสพติดสูงขึ้น รวมถึงสุขภาวะของคนไทยลดลงจากคุณภาพการศึกษาที่เป็นปัญหาสอดคล้องกับการติดตามประเมินผลการพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และการพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งภายนอกและภายในประเทศ ที่ปรับเปลี่ยนเร็วและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงต่อการพัฒนาประเทศโดยเฉพาะข้อผูกพันที่จะ

เป็นประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 จึงจำเป็นต้องนำภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ พร้อมทั้งเร่งสร้างภูมิคุ้มกันในประเทศให้เข้มแข็งขึ้นมาใช้ในการเตรียมความพร้อมให้แก่คนสังคมและระบบเศรษฐกิจของประเทศให้สามารถปรับตัวรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าต่อไปเพื่อประโยชน์สุขที่ยั่งยืนของสังคมไทยตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง⁽³⁾

พระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว “... การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องทำตามลำดับขั้นต้องสร้างพื้นฐาน คือ ความพอมี พอกิน พอใช้ ของประชาชนส่วนใหญ่เบื้องต้นก่อน โดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ประหยัดแต่ถูกต้องตามหลักวิชาการเมื่อได้พื้นฐานความมั่นคงพร้อมพอสมควร และปฏิบัติได้แล้วจึงค่อยสร้างค่อยเสริมความเจริญ และฐานะทางเศรษฐกิจขั้นที่สูงขึ้นโดยลำดับต่อไป...” (18 กรกฎาคม 2517) “เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นแนวพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่พระราชทานมานานกว่า 40 ปี เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนรากฐานของวัฒนธรรมไทยเป็นแนวทางการพัฒนาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลาง และความไม่ประมาท คำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันในตัวเองตลอดจนใช้ความรู้และคุณธรรม เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ที่สำคัญจะต้องมี “สติปัญญาและ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ความเพียร” ซึ่งจะนำไปสู่ “ความสุข” ในการดำเนินชีวิตอย่างแท้จริง “...คนอื่นจะว่าอย่างไรก็ช่างเขาจะว่าเมืองไทยล้ำสมัย ว่าเมืองไทยเซ็กซี่ ว่าเมืองไทยไม่มีสิ่งที่สมัยใหม่ แต่เราอยู่พอมีพอกินและขอให้ทุกคนมีความปรารถนาที่จะให้เมืองไทยพออยู่พอกิน มีความสงบ และทำงานตั้งจิตอธิษฐาน ตั้งปณิธานในทางนี้ ที่จะให้เมืองไทยอยู่แบบพออยู่พอกิน ไม่ใช่ว่าจะรุ่งเรืองอย่างยอด แต่ ว่า ามี ค วาม พ อ อ ยู่ พ อ ก ิน มีความสงบ เปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ถ้าเรารักษาความพออยู่พอกินนี้ได้ เราก็จะยอดยิ่งยวดได้...” (4 ธันวาคม 2517)⁽³⁾

การพัฒนาคนให้ดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการปลูกฝังคุณค่าความเป็นคนให้รู้จัก คิดให้ถูก พูดยให้ถูก ปฏิบัติให้ถูกอย่างมีสติและปัญญาไปในทางที่ถูกต้อง จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดวัตถุประสงค์ สามารถวางแผนและตัดสินใจได้ ซึ่งความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาจะทำให้รู้และเข้าใจปัญหาที่เกิดจากความไม่พอเพียง รู้จักการเลือกรับข้อมูลต่างๆ ต่อยอดองค์ความรู้เพื่อเพิ่มทางเลือกและพัฒนาศักยภาพของแต่ละคน⁽⁵⁾ กลไกกรรมธรรมชาติเป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมทางการเกษตรด้วยการสร้างพลังความคิด เพื่อให้ความรู้แก่เกษตรกรและประชาชนที่สนใจทั่วไปให้รู้เท่าทันภัยทุนนิยม ให้ตระหนักถึงความภาคภูมิใจในศาสตร์แห่งการพึ่งพิงธรรมชาติ รวมถึงการเรียนรู้จากการปฏิบัติตามแนวกลไกกรรมธรรมชาติและดำรงชีวิตเป็นชุมชน บนความเคารพวิถีธรรมชาติ เพื่อนำพาสังคมไทยพึ่งพิงตนเองได้ตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นศูนย์ในเครือข่ายกลไกกรรมธรรมชาติ ในด้านการจัดการเรียนรู้ในศูนย์ทุกศูนย์ได้น้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ในการจัดฐานการเรียนรู้ ที่เป็นการฝึกอบรม และการศึกษาในพิพิธภัณฑ์ธรรมชาติที่มีชีวิต หากแต่การจัดการเรียนรู้ในทั้ง 2 ส่วนยังขาดแนวทางและการจัดการเรียนรู้ในด้านสิ่งแวดล้อมของกลไกกรรมธรรมชาติที่เป็นหลักสูตรการฝึกอบรมที่ชัดเจนเพื่อตอบสนองต่อทุกกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งยังขาดเครื่องมือในการประเมินผล

และติดตามผลการฝึกอบรม ขาดการรวบรวมชุดความรู้ต่างๆ อย่างเป็นระบบ และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ประกอบด้วยคู่มือ สื่อการเรียนรู้ เป็นต้น เป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกลไกกรรมธรรมชาติ สำหรับใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้แก่เกษตรกรและประชาชนที่สนใจทั่วไป โดยใช้กระบวนการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการส่งผ่านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽⁶⁾ อันเป็นผลให้ผู้เข้ารับการอบรมและผู้เข้าเยี่ยมชมได้ตระหนักและน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ไปเป็นแบบอย่าง นำไปปฏิบัติ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สนใจเข้ามาเรียนรู้ ทั้งเด็กเยาวชน นักศึกษา เกษตรกรและประชาชนทุกอาชีพ เพื่อสร้างเจตคติ พฤติกรรม และค่านิยม ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของเกษตรกรและประชาชนทั่วไป นำไปสู่การดำรงชีวิตที่อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของประชาชน ชุมชนและสังคมโดยรวมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกลไกกรรมธรรมชาติ
2. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกลไกกรรมธรรมชาติ

วิธีการวิจัย

1. ศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกลไกกรรมธรรมชาติ 5 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์ภูมิรักษ์ธรรมชาติ จังหวัดนครนายก 2) ศูนย์กลไกกรรมธรรมชาติมาบเอื้อง จังหวัดชลบุรี 3) ศูนย์กลไกกรรมธรรมชาติสองสลึง จังหวัดระยอง 4) ศูนย์กลไกกรรมธรรมชาติโป่งแรด จังหวัดจันทบุรี และ 5) ศูนย์เรียนรู้เกษตรธรรมชาติวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ด้วยการ

สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant Person) ที่เป็นผู้บริหาร วิทยากร เจ้าหน้าที่ศูนย์และผู้นำชุมชน ที่ได้จากการเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) ศูนย์ละ 10 คน รวม 50 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ สำหรับศึกษาสภาพการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ

2. ศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ ด้วยการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant Person) ที่ได้จากการเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) จากผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ จาก 5 ศูนย์ ศูนย์ละ 2 คน รวม 10 คน ด้วยแบบสัมภาษณ์ สำหรับศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ

3. สังเคราะห์แนวทางการจัดการเรียนรู้ศูนย์สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่เครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติทั้ง 5 แห่ง ที่ได้จากการสัมภาษณ์

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแล้วสรุปผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ สภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ

2. แบบสัมภาษณ์ แนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ พบว่า เครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติเป็นการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ให้เกษตรกรไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำการเกษตรแบบพึ่งตนเอง ลด ละ เลิก การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ให้สามารถพึ่งตนเองโดยใช้ของที่ผลิตได้ภายในประเทศ อาทิเช่น การใช้ปุ๋ยหมัก ปุ๋ยคอก ปุ๋ย

ชีวภาพ ฯลฯ โดยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน สถาบันการศึกษา นักวิชาการ ผู้นำชุมชน เพื่อให้ความรู้กับชุมชน หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ทั่วประเทศโดยมุ่งสร้างจิตสำนึก สร้างองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงทางความคิดในการทำการเกษตรธรรมชาติ เกษตรอินทรีย์ และการพึ่งตนเองตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง โดยเปิดอบรมหลักสูตรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกษตรร่วมกับสถาบัน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนต่างๆ เป็นประจำทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่ม ชุมชน หรือศูนย์กสิกรรมในท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นการทำการเกษตรแบบธรรมชาติ และเชื่อมโยงศูนย์ต่างๆ เข้าด้วยกันให้เป็นระบบเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนความรู้ รวมทั้งเข้าใจถึงวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น ความรู้เกี่ยวกับ สมุนไพร และการนำไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งกันจัดตั้งกลุ่มหรือสหกรณ์ มีการปลูกพืชผัก พืชไร่ พืชสวน โดยการทำเกษตรแบบธรรมชาติ และดำเนินการจัดหาตลาดรับซื้อเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในชุมชน รณรงค์ให้ประชาชนมีจิตสำนึกและร่วมดำเนินการป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูสภาพแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ น้อมนำแนวพระราชดำริมาประยุกต์ใช้ อย่างเป็นรูปธรรม โดยเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ มีศูนย์ที่เป็นเครือข่ายอยู่ทั้งหมด 48 ศูนย์ แบ่งออกเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ 6 ศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 17 ศูนย์ ภาคกลาง 18 ศูนย์ และภาคใต้ 7 ศูนย์ ส่วนปัญหาการจัดการเรียนรู้ของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ คือ การจัดการอบรม และวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนการฝึกอบรม ยังไม่สมบูรณ์ ทั้งในด้านหลักสูตรการฝึกอบรมยังไม่ตอบสนองต่อทุกกลุ่มเป้าหมาย ขาดเครื่องมือในการวัดและประเมินผลและติดตามผลการฝึกอบรม และยังขาดการรวบรวมชุดความรู้ต่างๆ อย่างเป็นระบบ ยังไม่มีชุดการเรียนรู้เพื่อใช้ในการอบรม ประกอบด้วย คู่มือ สื่อการเรียนรู้ สำหรับป้ายสื่อความหมายในฐานเรียนรู้ต่างๆ บางศูนย์ได้ชำรุด บางป้ายมีรายละเอียดเนื้อหาไม่ชัดเจนอันส่งผลให้ผู้เข้ามาศึกษาด้วยตนเองไม่สามารถเรียนรู้ในเรื่องต่างๆ ได้อย่างเข้าใจ

2. ผลการศึกษาแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ โดยการสัมภาษณ์ จากผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในศูนย์เรียนรู้ทั้ง 5 แห่ง ภายใต้อเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ ได้แก่ ศูนย์กสิกรรมธรรมชาติมาบเอื้อง ศูนย์ภูมิรักษ์ธรรมชาติ ศูนย์กสิกรรมธรรมชาติสองสลึง ศูนย์กสิกรรมธรรมชาติโป่งแรด และศูนย์เรียนรู้เกษตรธรรมชาติวังสมบูรณ์ ได้แก่ ผู้บริหารศูนย์เจ้าหน้าที่ศูนย์ หรือวิทยากรประจำศูนย์ ศูนย์ละ 2 คน รวม 10 คน พบว่า

2.1 แนวคิด/แนวปฏิบัติในการจัดการเรียนรู้ของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ พบว่า ศูนย์เรียนรู้ทั้ง 5 ศูนย์ ได้นำเอาหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งเป็นทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นแนวคิด และแนวปฏิบัติคือ ทฤษฎีใหม่ สำหรับการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ได้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ Situation-Based Learning ภาษาพุทธ เรียกว่า กรรมฐาน พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เรียกว่า ทำตามฐานะและกำลัง ต้องเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไป นอกจากนี้ศูนย์เรียนรู้เกษตรธรรมชาติวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ได้นำแนวคิดด้านสุขภาพองค์รวม ของนายแพทย์บุญชัย อิศราพิสิษฐ์ และนายใจเพชร กล้าจน (หมอเขียว) มาใช้ในการจัดการเรียนรู้ด้วย

2.2 วิธีการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ มีวิธีการเรียนรู้ที่ใช้กระบวนการพัฒนาคน ดิน น้ำ ป่า เน้นการจัดการอบรมโดยเน้นเข้าบรรยาย บ่ายลงมือทำ คำสรุป ใช้กระบวนการหล่อหลอมคน พัฒนาคนให้คนพัฒนาชาติ เริ่มต้นด้วยการปลูกป่า 3 อย่าง ประโยชน์ 4 อย่าง ดังเช่นศูนย์กสิกรรมธรรมชาติสองสลึง ทำให้เห็นความสำเร็จเป็นต้นแบบ 1 ไร่ เก่งจน

2.3 ฐานเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ มีการจัดฐานเรียนรู้ตามแบบศูนย์กสิกรรมธรรมชาติมาบเอื้อง ที่เป็นศูนย์ต้นแบบซึ่งประกอบด้วยฐานเรียนรู้ 9 ฐานการเรียนรู้ ได้แก่ 1) คนรักแม่ธรณี 2) คนรักป่า 3) คนรักน้ำ 4) คนรักแม่โพสพ 5) คนเอาถ่าน 6) คนรักสุขภาพ 7) คนมีไฟ 8) คนมีน้ำยา และ 9) คนคิดดิน

2.4 หลักสูตรที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ จัดการเรียนรู้โดยมีหลักสูตรสำหรับการอบรมระยะเวลา 1 วัน 2 วัน 3 วัน 4 วัน และ 5 วัน ซึ่งมีเนื้อหาเรื่องหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในด้านดิน น้ำ ป่า ไม้ พลังงาน การทำกิจกรรม สุขภาพ และคุณธรรม

2.5 กิจกรรมที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ “การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ต้องเป็นแบบองค์รวม (อนุศิษย์ ช่างรังต้นศิลป์; สัมภาษณ์ 23 ม.ค. 2560) มีกิจกรรมการบรรยายภาคทฤษฎีในช่วงเวลาเช้า ช่วงบ่ายกิจกรรมภาคปฏิบัติจริงในฐานเรียนรู้แต่ละฐาน โดยเน้นให้ผู้เข้ารับการเรียนรู้ได้ปฏิบัติจริง ใ้รู้จริงจดและจำจากการลงมือทำด้วยตนเอง โดยการปฏิบัติในฐานเรียนรู้ และช่วงค่ำมาสรุปผลการเรียนรู้

2.6 เครื่องมือ อุปกรณ์ และ สื่อ ที่ใช้ประกอบการเรียนรู้ ได้แก่ วิทยุทัศน์ แผนภูมิ ป้ายสื่อความหมายและใช้เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับฐานการเรียนรู้ที่ฝึกปฏิบัติจริง เช่น อุปกรณ์ทำปุ๋ยชีวภาพ เตาเผาถ่าน น้ำส้มควันไม้ ฟาง ใบไม้ สมุนไพรสำหรับใช้ทำผลิตภัณฑ์ในครัวเรือน เป็นต้น

2.7 การประเมินผลและติดตามผลการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ ใช้วิธีประเมินผลโดยทำแผนการดำเนินงานหลังจากอบรม 1 เดือน และติดตามผลทุกปีโดยให้ผู้เข้ารับการอบรมกลับมาทำกิจกรรมรายงานผลความก้าวหน้าของตนเองที่ศูนย์กสิกรรมธรรมชาติมาบเอื้อง

สรุปและอภิปรายผล

1. สภาพและปัญหาการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมศึกษาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ เป็นการดำเนินงานในรูปแบบศูนย์เรียนรู้ ที่กระจายอยู่ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย จำนวน 48 ศูนย์ อยู่ในภาคเหนือ 6 ศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 17 ศูนย์ ภาคกลาง 18 ศูนย์ และภาคใต้ 7 ศูนย์ ดำเนินกิจกรรม

เพื่อรองรับค่าให้เกษตรกรตระหนักถึงความสำคัญของการทำ การเกษตรแบบพึ่งตนเองตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจ พอเพียง ให้เกิดองค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับการเกษตร ธรรมชาติ เชื่อมโยงศูนย์กลางๆ เข้าด้วยกัน เป็นเครือข่ายเพื่อ การแลกเปลี่ยนความรู้ วิถีชีวิต วัฒนธรรมและภูมิปัญญา ท้องถิ่น ดำเนินการป้องกัน แก๊สและฟื้นฟูสภาพแวดล้อม โดยนำแนวเกษตรทฤษฎีใหม่และหลักปรัชญาของเศรษฐกิจ พอเพียงมาประยุกต์ใช้ให้เป็นรูปธรรม ปัญหาการจัดการ เรียนรู้ของเครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ คือ การจัดการ อบรม และวัสดุอุปกรณ์สนับสนุนการฝึกอบรม ซึ่งยังไม่ สมบูรณ์ ทั้งในด้านหลักสูตรการฝึกอบรมยังไม่ตอบสนอง ต่อทุกกลุ่มเป้าหมาย ขาดเครื่องมือในการประเมินผลและ ติดตามผลการฝึกอบรม และยังขาดการรวบรวมชุดความรู้ ต่างๆ อย่างเป็นระบบ ยังไม่มีชุดฝึกอบรมเพื่อใช้ในการ อบรมประกอบด้วยคู่มือ สื่อการเรียนรู้ สำหรับป้ายสื่อ ความหมายในฐานเรียนรู้ต่างๆ บางศูนย์ขาด รายละเอียด เนื้อหาไม่ชัดเจนอันส่งผลให้ผู้เข้ามาศึกษาด้วยตนเอง ไม่ สามารถเรียนรู้ได้อย่างเข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญา เมืองริน (2552)⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษากระบวนการจัดการ ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศึกษากรณี เครือข่ายกิจกรรม ธรรมชาติ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดการ ความรู้ในบริบทชุมชน ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการ จัดการความรู้ของชุมชนและการถ่ายทอดความรู้โดยการ พูดคุย แนะนำและการลงมือปฏิบัติจริงจนเกิดความ ชำนาญและสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันทีและจะมีการนำ ความรู้ถ่ายทอดต่อไปยังบุคคลอื่นอย่างต่อเนื่อง โดยมี รูปแบบและกระบวนการจัดการความรู้ในบริบทของ เครือข่ายคือ 1) การเรียนรู้ 2) การปฏิบัติ 3) การกลั่นกรอง หรือทดลอง และ 4) การถ่ายทอดความรู้ และสอดคล้อง กับแนวคิดของ ทิศนา ขัมมณี (2555)⁽⁴⁾ ที่ได้เสนอ แนวคิดการจัดการเรียนรู้ว่า การเรียนรู้เป็นพัฒนาการรอบ ด้านของชีวิตมีองค์ประกอบปัจจัยและกระบวนการต่างๆ มีพลังขับเคลื่อน เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างผสมกลมกลืน ได้สัดส่วนสมดุลกัน การเรียนรู้ยังมีความหมายครอบคลุม ถึงการรับรู้ (Reception) เป็นการรับข้อมูลข่าวสารและองค์ ความรู้จากแหล่งความรู้ต่างๆ การเข้าใจ (Comprehension) เป็นการเรียนรู้ที่มองเห็นถึงความหมายและความเชื่อมโยง

สัมพันธ์กันของสิ่งต่างๆ ที่คนรับรู้จากแหล่งความรู้และ สามารถอธิบายในเชิงเหตุและผลได้ และการปรับเปลี่ยน เป็นระดับของการเรียนรู้ที่แท้จริง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง ด้านวิธิตัด (Conceptualization) การเปลี่ยนแปลงระบบ คุณค่า (Values) และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior) ในสิ่งที่รับรู้และมีความเข้าใจเป็นอย่างดี อีกทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แก้ววิเศษ ธรรมวงศา (2553)⁽²⁾ ที่ได้ศึกษาการจัดการเรียนรู้กิจกรรมธรรมชาติ แบบเกษตรสู่เกษตรของศูนย์เรียนรู้กิจกรรมธรรมชาติ สองสสิ่ง อำเภอแก่ง จังหวัดระยอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษารูปแบบการจัดการฝึกอบรมที่เสริมสร้างการเรียนรู้ โดยเกษตรกรด้วยกันในการทำเกษตรทางเลือก พบว่า ศูนย์เรียนรู้กิจกรรมธรรมชาติสองสสิ่ง ดำเนินงาน โดย ความร่วมมือของเกษตรกรที่ทำหน้าที่เป็นวิทยากร และ เจ้าหน้าที่สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ที่มี ภารกิจหลักในการจัดการเรียนรู้ การจัดเตรียมสถานที่ ฝึกอบรมแปลงปฏิบัติจริง แปลงสาธิต แปลงจำลอง การ รับผู้เข้าอบรม วิทยากรรวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจน สถานที่พัก โดยมีปัจจัยที่สนับสนุนให้ประสบความสำเร็จ ได้แก่ ความร่วมมือและการสนับสนุนจากหน่วยงาน ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด มูลนิธิ เครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ หน่วยงานภาคเอกชน ปัญหา ที่สำคัญที่พบคือ เจ้าหน้าที่ดำเนินงาน วิทยากรประจำฐาน เนื้อหาการฝึกอบรม และงบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติ ชงศ์สวนชัย (2560)⁽¹¹⁾ ได้ ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาศูนย์ศึกษาธรรมชาติ กองทัพบก (บางปู) เฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราชินี เป็นแหล่งท่องเที่ยวด้านการอนุรักษ์ป่าชายเลน โดยใช้ กระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า สภาพปัญหาของ ศูนย์ศึกษาธรรมชาติกองทัพบก (บางปู) พบปัญหาการขาด แคลนสื่อแผ่นพับ และเอกสารเผยแพร่องค์ความรู้แก่นักท่องเที่ยวโดยเฉพาะด้านการอนุรักษ์ป่าชายเลน ปัญหา ด้านวิทยากรให้ความรู้ มีไม่เพียงพอต่อจำนวน นักท่องเที่ยวซึ่งมีจำนวนมาก ปัญหาการจัดการภายใน ศูนย์ฯ ปัญหาป้ายสื่อความหมายในสถานีเรียนรู้ขาดและ ไม่เพียงพอ ปัญหาการจัดระบบความปลอดภัยเพื่อดูแล นักท่องเที่ยว สำหรับความต้องการพัฒนาศูนย์ฯ นั้น มี

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

หลายประการ ได้แก่ ต้องการให้พัฒนาสถานีเรียนรู้เส้นทางเดินธรรมชาติ แก๊วปรับปรุงป้ายสื่อความหมาย และป้ายบอกเส้นทาง เพิ่มจำนวนสื่อเผยแพร่ความรู้ จัดทำชุดฝึกอบรม และต้องการเพิ่มวิทยากรภายในศูนย์ฯ สำหรับเป็นมัลติเทคนิกนำชมให้เพียงพอกับปริมาณนักท่องเที่ยว

2. แนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ พบว่า ได้น้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งเป็นทฤษฎีใหม่ มีวิธีการเรียนรู้เน้นการพัฒนาคน ดิน น้ำ และป่า โดยเน้นเข้าบรรยาย บ่ายลงมือทำ และคำสรุปใช้กระบวนการพัฒนาคนให้คนพัฒนาชาติ โดยศึกษาปฏิบัติตามลงฐานการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย 9 ฐาน ได้แก่ 1) คนรักแม่ธรณี 2) คนรักป่า 3) คนรักน้ำ 4) คนรักแม่โพสพ 5) คนเอาถ่าน 6) คนรักสุขภาพ 7) คนมีไฟ 8) คนมีน้ำยา 9) คนติดดิน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทร จินธรรม (2555)⁽⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาศูนย์สิ่งแวดล้อมศึกษาด้านความหลากหลายของพรรณไม้บ้านศิระะอโศก ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศูนย์สิ่งแวดล้อมศึกษาด้านความหลากหลายของพรรณไม้บ้านศิระะอโศก ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ครู และนักเรียนบ้านศิระะอโศก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสัมมาสิกขาศิระะอโศก จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสำรวจพรรณไม้ แบบวัดความรู้ แบบวัดเจตคติ แบบพฤติกรรมปฏิบัติ และแบบประเมินศูนย์สิ่งแวดล้อมศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และ F-test (One-way MANCOVA) ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาศูนย์สิ่งแวดล้อมศึกษาบ้านศิระะอโศก ได้จัดทำเส้นทางการศึกษาธรรมชาติ โดยมีสถานีศึกษา 9 สถานี ฐานข้อมูลพรรณไม้และป้ายชื่อพรรณไม้ จำนวน 150 ชนิด สื่อการเรียนรู้ ได้แก่ ชุดนิทรรศการ วิดิทัศน์

บทปฏิบัติการ คู่มือศึกษาพรรณไม้ และอื่นๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพรรณ ชะป๊อก (2551)⁽⁷⁾ ได้ศึกษา ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการจัดการสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียนบ้านป่าแม่เฒ่า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย พบว่า ภายในโรงเรียนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยหลักมี 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการขยะภายในโรงเรียน การจัดการสภาพแวดล้อม และการจัดการน้ำภายในโรงเรียนภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในชุมชน ได้แก่ ภูมิปัญญาด้านการเกษตร ภูมิปัญญาด้านหัตถกรรม ภูมิปัญญาด้านการใช้ทรัพยากรจากป่าไม้ ภูมิปัญญาด้านประเพณีท้องถิ่น และภูมิปัญญาด้านการจัดการน้ำ แนวทางการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการจัดการสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียนควรมีการประชุม วางแผน ระหว่าง ภา ก ภูมิ ปัญญา ที่ อด ถิ่น ร ่วม กั บ คณะครู ให้ความร่วมมือด้านการพัฒนา การปรับปรุงสภาพแวดล้อมของโรงเรียน การทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างโรงเรียนและชุมชน แต่การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้าสู่ระบบโรงเรียนยังมีปัญหา เนื่องจากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อมมีจำนวนน้อย ขาดเทคนิคในการถ่ายทอดความรู้ อีกทั้งยังขาดงบประมาณในการสนับสนุนและส่งเสริมในด้านการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นดังกล่าวข้างต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1.1 สถาบันการศึกษาที่เปิดสอนวิชาเศรษฐกิจพอเพียง ควรนำแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติ ไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้

1.2 ศูนย์เรียนรู้ทุกศูนย์ของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติสามารถนำแนวทางการจัดการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกสิกรรมธรรมชาติไปใช้ในการพัฒนาศูนย์ให้สอดคล้องตามภูมิสังคม

1.3 แนวทางการจัดการเรียนรู้นี้สามารถนำไปใช้เป็นแบบอย่างในการพัฒนาศูนย์ให้มีความพร้อม

ในการจัดการเรียนรู้โดยการอบรมและการจัดตั้งศูนย์
เรียนรู้ขั้นใหม่

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาเรื่องการถอดองค์ความรู้
หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของเครือข่ายกิจกรรม
ธรรมชาติ

2.2 ควรวิจัยเรื่องพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม
สิ่งแวดล้อมตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของ
เครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กิตติ ชงศ์สงวนชัย. การพัฒนาศูนย์ศึกษาธรรมชาติกองทัพบก (บางปู) เฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราชินี เป็นแหล่งท่องเที่ยวด้านการอนุรักษ์ป่าชายเลน โดยใช้กระบวนการสิ่งแวดล้อมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุฎิปบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2556.
- 2.แก้ววิเศษ ธรรมวงศา. การจัดการเรียนรู้กิจกรรมธรรมชาติแบบเกษตรผู้เกษตรของศูนย์เรียนรู้กิจกรรมธรรมชาติสองสลึง อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. สารนิพนธ์การพัฒนารวมชนมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนารวมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2553.
- 3.คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เศรษฐกิจพอเพียงคืออะไร. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานเศรษฐกิจพอเพียง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจพอเพียง ;2547.
- 4.ทิสนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ;2555.
- 5.ปรียานุช พิบูลสราวุธ. การขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียงด้านการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ ; 2550.
- 6.ปัญญา เมืองรัตน์. ศึกษากระบวนการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศึกษากรณี เครือข่ายกิจกรรมธรรมชาติ. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2552.
- 7.ศิริพรรณ ะปือก. ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการจัดการสิ่งแวดล้อมศึกษาในโรงเรียน บ้านป่าแม่เฒ่า อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ; 2551.
- 8.สุนทรี่ จินธรรม. การพัฒนาศูนย์สิ่งแวดล้อมศึกษาด้านความหลากหลายของพรรณไม้บ้านศิระะอโศก ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุฎิปบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2555.
- สุวิทย์ วรรณศรี. สารเคมีทางการเกษตรและสุขภาพอนามัยของเกษตรกรในจังหวัดเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ; 2552.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของ
พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

PERSONAL ATTRIBUTES AND MOTIVATION AFFECTING THE PERFORMANCE OF
PROFESSIONAL NURSE IN STANDARD ANTENATAL CARE AT
SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL
IN ROI-ET PROVINCE

จิราภรณ์ จตุเทน¹, ชนะพล ศรีฤชา²

Chiraporn Jatuten , Chanaphol Sriruecha

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 337 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 189 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 5 เมษายน 2560 ถึง 5 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40.97 ปี (S.D.= 8.3) สถานภาพสมรสคู่ การศึกษา ระดับปริญญาตรี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 12.99 ปี (S.D. = 8.77) และได้รับการอบรมฟื้นฟูเรื่องมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดร้อยเอ็ดในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 1 ครั้ง ภาพรวมระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.43) โดยระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยจูงใจและระดับแรงจูงใจด้านปัจจัยก้ำจุนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D.=0.44) และมีค่าเฉลี่ย 3.88 (S.D.=0.48) ตามลำดับ ส่วนระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.=0.42) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.720, p\text{-value}<0.001$) ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ปัจจัยปัจจัยด้านสถานภาพวิชาชีพ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร และปัจจัยด้านสภาพการปฏิบัติงาน ($p\text{-value} = 0.006$) ซึ่งตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 58.6

คำสำคัญ: มาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์, คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ

ABSTRACT

The study was a cross-sectional descriptive research. The purpose of this research was to identify the personal attributes and motivation affecting the performance of professional nurse in standard antenatal care at sub-district health promoting hospital in Roi-Et Province. The population of this study was 337 sub-district health promoting hospital Nurse in Roi-Et Province. 189 persons were selected for the study. Data collection was conducted between 5 April 2017- 5 May 2017. The quantitative data were analyzed by computer program to acquire percentage, mean, standard deviation, median, minimum and maximum, Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise Multiple Regression were calculated for the correlation between motivation and job performance.

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ รองคณบดี สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

It was found that majority of the sample was female with average age of 40.97 years(S.D.= 8.3) ,married , hold bachelor's degree, average working experience at 12.99 years (S.D. = 8.77) Received rehabilitation training on standard antenatal care in Roi Et province in one year, most of them were trained one time. The motivation was at high level with average score 3.86 (S.D.=0.43) and the satisfaction factors was high level average score 3.83 (S.D.=0.44) The sustaining factors was high level average score 3.88 (S.D.=0.48). performance of professional nurse in standard antenatal care at sub-district health promoting hospital was high level with average score 4.13 (S.D.=0.42) The motivation related had a high level on the job performance of professional nurse in standard antenatal care at sub-district health promoting hospital in Roi-Et Province with a level of statistical significant 0.05 ($r=0.720$, $p\text{-value}<0.001$). There are significant variables which can be used for prediction the performance of professional nurse in standard antenatal care at sub-district health promoting hospital in Roi-Et Province , such as the factors of work Status, work itself, policy and administration, working condition($p\text{-value} = 0.006$). This four factor predicted the performance of professional nurse in standard antenatal care at sub-district health promoting hospital in Roi-Et Province as 58.6 percent.

Keyword: Standard Antenatal Care, Personal Attributes and Motivation

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 ถึง พ.ศ. 2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิสัยทัศน์ที่จะเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี กำหนดพันธกิจพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน จึงได้กำหนดแนวทางตาม แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขไว้ 4 ระยะด้วยกัน ประกอบด้วย ระยะที่ 1 (2560 - 2564) ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2 (2565 - 2569) สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 (2570-2574) สู่อำนาจยั่งยืน และระยะที่ 4 (2575 - 2579) เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย เป้าหมายการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ระยะ 18 เดือน แบ่งเป็น 4 ด้านด้วยกัน ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention and Promotion Excellence) คือ พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม 2) ระบบบริการ (Service Excellence) คือ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษ 3) การพัฒนาคน (People Excellence) คือ การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ การผลิตและพัฒนากำลังคน การ

พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ 4) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพ ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และการคุ้มครองผู้บริโภค ระบบธรรมาภิบาล⁽¹⁸⁾

การปฏิรูประบบสุขภาพได้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ตามทิศทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีเป้าประสงค์พัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมายและพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ให้มีความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มสตรี ได้กำหนดกลวิธีและมาตรการมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพสตรี เพื่อให้มีสุขภาพดีปราศจากโรคและภาวะแทรกซ้อน⁽¹⁷⁾ ต่อมาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการบูรณาการยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข โดยจัดกระบวนการกลไกการบูรณาการยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. 2559 เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันใน
ยุทธศาสตร์แต่ละด้านใช้กลไกคณะกรรมการร่วมกันใน
แต่ละประเด็น

ทั้งนี้ยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่เน้นหนัก
ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน
ครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุน
การจัดบริการ ด้านดำเนินงาน 16 ประเด็น และหนึ่งใน
16 ประเด็นคือ กลุ่มเด็กปฐมวัย/สตรี เพื่อให้การ
ดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายในแต่ละ
ช่วงเวลาที่จะส่งผลถึงประชาชนได้อย่างชัดเจน⁽¹⁸⁾

การดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ
จัดระบบบริการในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกใน
ครรภ์ ที่พิสูจน์แล้วเป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และ
ทารกในครรภ์ เป็นการบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์
รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง โดยผ่านการคัดกรองและ
ประเมินความเสี่ยงพร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐาน การ
ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับ
วิตามินเสริม ประกอบด้วย 1) การฝากครรภ์ครั้งแรกจึง
ควรฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ซึ่งมารดาจะ
ได้รับการซักประวัติอย่างถี่ถ้วนครอบคลุมปัญหา ค้นหา
ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้เพื่อประเมินความเสี่ยง ในครั้ง
แรกที่มาฝากครรภ์ ในการซักประวัติ การตั้งครรภ์ในอดีต
การตั้งครรภ์ในครรภ์ปัจจุบัน โรคประจำตัว เช่น
เบาหวาน โรคหัวใจ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สาร
เสพติด ความพร้อมในการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร 2)
คัดกรองความเสี่ยงในหญิงมีครรภ์ เพื่อแยกกลุ่มที่มีภาวะ
เสี่ยง ไม่มีภาวะเสี่ยง และถ้าพบความเสี่ยงให้ส่งต่อแพทย์
เพื่อดูแลเป็นพิเศษทันที 3) ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยัน
เมื่อมีข้อบ่งชี้ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่
โรคธาลัสซีเมีย คาวานชินโดรม ภาวะพร่องไทโรไซด์แต่
กำเนิด คัดกรองเบาหวาน 4) ตรวจอนามัยในช่องปาก
ตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจอัลตราซาวด์ ตรวจครรภ์:
ประเมินอายุครรภ์ 5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดย
สมัครใจ (Hct, CBC, VDRL, Albumin/Sugar, HBsAg,
ธาลัสซีเมีย, เอ็ดส์) และแจ้งผลเลือดแก่หญิงตั้งครรภ์และ

สามี พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลการตรวจเลือด 6)
การตรวจปัสสาวะโดยใช้ Multiple dipstick Test เพื่อคัด
กรองภาวะ Asymtomatic bacteriuria ตรวจภายในเพื่อ
ตรวจความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอด (โดยใช้
Speculum หากหญิงตั้งครรภ์สมัครใจและไม่มีข้อห้าม)
7) ถัดวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก 8) ประเมินพฤติกรรม
การบริโภคอาหาร แจ้งและอธิบายผลการประเมิน ให้
คำแนะนำการบริโภคอาหารและจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน
ธาตุเหล็ก และโฟเลทในหญิงตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์
และควรให้ Folic acid ขนาด 400 ไมโครกรัมต่อวัน
ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อลด
Neural tube defect ของทารก 9) การให้ความรู้ตาม
มาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่รายกลุ่ม พร้อมขอแนะนำที่
หญิงตั้งครรภ์จะนำไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ด้วย
ตนเอง 10) จัดให้มีช่องทางติดต่อระหว่างผู้รับบริการกับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/หน่วยบริการที่ฝากครรภ์ ได้ 24
ชั่วโมง เพื่อให้ความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้อย่าง
ทันท่วงที⁽¹⁹⁾

การดูแลส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ดี
และมีคุณภาพ ต้องเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยหญิง
ตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพจาก
บุคลากรสถานบริการสาธารณสุข ร่วมกับการให้ความรู้
เพื่อดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งกลยุทธ์การ
ดำเนินงานจำเป็นต้องประสานความร่วมมือของสถาน
บริการสาธารณสุขในทุกระดับให้ได้มาตรฐานและ
เป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อจะได้ดำเนินการได้อย่าง
ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพส่งผลให้มารดาและทารก
ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด ในการ
ให้บริการ ติดตามประเมินผลหญิงมีครรภ์แบ่งออกเป็น 5
ครั้งคุณภาพด้วยกัน ประกอบด้วย การให้บริการฝาก
ครรภ์ครั้งที่ 1 (อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์) การ
ให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ + 2
สัปดาห์) การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 26
สัปดาห์ + 2 สัปดาห์) การให้บริการฝากครรภ์ครั้งที่ 4
(อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ + 2 สัปดาห์) และการให้บริการ
ฝากครรภ์ครั้งที่ 5 (อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ + 2 สัปดาห์)⁽¹⁹⁾

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติ ตามมาตรฐานการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การจัดสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรผู้ ให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ แยกหึ่งตั้งครรภ์เสีย 2) การให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการ 3) การ ดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน 4) ข้อมูลสถานการณ์อนามัย แม่และเด็ก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามมาตรฐานการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ได้ศึกษา การพัฒนา ศักยภาพในการดูแลทันตสุขภาพของหึ่งตั้งครรภ์ โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพในการดูแลหึ่งตั้งครรภ์ มีความรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแลทันตสุขภาพ ถูกต้องเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ ได้ศึกษาผลการตั้งครรภ์และการคลอด ของมารดาวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบ มากได้แก่โลหิตจาง ความดันโลหิตสูง มีดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์ < 21 kg/m² น้ำหนักเพิ่มตลอดการ ตั้งครรภ์ < 8 กิโลกรัมร้อยละ 15.4 และมีดัชนีมวลกาย ก่อนคลอด < 21 kg/m² Hematocrit < 33 vol⁽¹²⁾ ปัจจัย ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหึ่ง ตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลวิจัยพบว่า เจตคติต่อการตั้งครรภ์และ ต้นทุนชีวิตมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของหึ่งตั้งครรภ์วัยรุ่น⁽⁷⁾ การ รับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในหึ่งตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ใน โรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ใน ระดับดี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ทุกด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบวก กับพฤติกรรมสุขภาพของหึ่งตั้งครรภ์⁽¹⁶⁾ ผลของ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การ ควบคุมอาหารของหึ่งตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การ ควบคุมอาหารหลังทดลองซึ่งสูงกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มควบคุม⁽¹²⁾

คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นสถานะของบุคคล ตำแหน่งที่บุคคลที่ดำรงอยู่ในสังคม หรือบุคลิกภาพ ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมาให้เห็น อย่างชัดเจน⁽³⁾ โดยคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่กำหนดคุณลักษณะที่จำเพาะแต่ละบุคคล สามารถทำให้ ทราบว่าเป็นเพศชายหรือเพศหญิง เด็กหรือผู้ใหญ่ คน ไทยหรือคนต่างด้าว ลักษณะหน้าที่ชายไทยต้องเป็น ทหาร การทำนิติกรรมสัญญาต้องเป็นบุคคลที่บรรลุนิติ ภาวะแล้ว การไปใช้สิทธิเลือกตั้ง การทำบัตรประชาชน การจดทะเบียนสมรส ทำให้รู้ว่าอายุเท่าไร สถานภาพ โสด หรือสมรสแล้ว⁽¹⁾ซึ่งองค์ประกอบของคุณลักษณะ ส่วนบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะของประชากร ลักษณะ ในด้านความสามารถ ลักษณะในด้านจิตวิทยา รวมถึง ความพยายามในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนจาก องค์การ (Schermerhorn ,Hunt,Osborn, 2003) ซึ่งมีผู้ ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับ การศึกษา รายได้ประสมการณ์การทำงานในโรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล การปฏิบัติงาน⁽⁵⁾ เพศมี ความสัมพันธ์ปานกลางกับการควบคุมกำกับการ ดำเนินงานตาม โครงการผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด⁽²⁾ ระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานของ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่น อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁰⁾ ระยะเวลาารับผิดชอบงานข้อมูล สารสนเทศมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดำเนินงาน ข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสรสนเทศ ใน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัด มหาสารคามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾ ระยะเวลาการ ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วมีความสัมพันธ์ ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด⁽¹⁴⁾

การจูงใจ เป็นการที่ผู้บริหารหรือผู้นำได้ใช้ปัจจัยต่าง ๆ มาใช้ในการบริหารงานโดยใช้ปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลมากระตุ้นให้บุคคลได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคคลในการทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง (ชลงกรณ์ กุลทลบุตร, 2552) ในองค์กรที่มีระบบบริหารงานที่ดี การใช้แรงจูงใจบุคลากรในการทำงาน เป็นเครื่องมือในการบริหารงานย่อมประสบผลสำเร็จได้มากกว่า ในขณะที่เดียวกันองค์กรจะประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรในหน่วยงานที่มีความเต็มใจทุ่มเทเสียสละเวลา ใช้ความรู้ ความสามารถ และความผูกพันกับองค์กร ในการทำงานได้อย่างเต็มที่ (ตุลา มหาพสุธานนท์, 2554) ซึ่งองค์ประกอบของแรงจูงใจ ตามแนวคิดของ Herzberg, Mausner & Snyderman⁽²¹⁾ สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และมีความต้องการสิ่งสนับสนุนด้านปัจจัยค่าจูง ได้แก่ นโยบายการบริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพการปฏิบัติงาน เงินเดือนและค่าตอบแทน ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ด้านชีวิตความเป็นส่วนตัว การปกครอง การบังคับบัญชา สถานภาพในวิชาชีพ⁽²¹⁾ ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจ พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าภาพรวมเกี่ยวกับแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽⁸⁾ พบว่าภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับสมรรถนะหลักของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุชาติ ครอบนาวิงและชนะ พล ศรีฤาชา, 2558) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ณัฐพล มีชิน และวิทัศน์ จันทโรทธิ์ศรี, 2557) พบว่าแรงจูงใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹¹⁾

จังหวัดร้อยเอ็ดมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 228 แห่ง มีการปฏิบัติงานของพยาบาล

วิชาชีพในให้บริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในชุมชน พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีภาระงานมาก บันทึกข้อมูลระบบรายงานต่าง ๆ ทำให้ไม่มีเวลาในการทำงานเชิงรุก และการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ รวมถึงบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งจำนวนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด จำนวน 437 คน แต่ในทางปฏิบัติมีบุคลากรจำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 77.16 การให้บริการพยาบาลที่บ้านในหญิงตั้งครรภ์พบว่า ร้อยละของการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ < 12 สัปดาห์นั้นค่อนข้างต่ำ โดยเป้าหมายร้อยละ 60 ผลงานคิดเป็นร้อยละ 31 การฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 60 ผลงานคิดเป็นร้อยละ 28.27 ปัญหาต่อสถานะสุขภาพของมารดาด้านการดูแลหลังคลอดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 65 ผลงานคิดเป็นร้อยละ 41.72 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, 2558)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ อันจะส่งผลให้เกิดผลการปฏิบัติงาน และผลสัมฤทธิ์ที่ดี มีคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการศึกษา

การศึกษาเรื่องคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 337 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (1988) มีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร สูตร

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ
$$\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรการศึกษา แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดชัยภูมิ (สุชาติ กรอนาวัง และชนะพล ศรีฤชา, 2558) ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A,B}^2 = 0.613$

$R_{Y.A}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ซึ่งได้ค่า $R_{Y.A}^2 = 0.597$

$R_{Y.B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R_{Y.B}^2 = 0.016$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เขต B) เท่ากับ 19 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

$$n = \frac{7.8(1 - 0.613)}{0.613 - 0.597} + 0$$

$$n = 188.66 = 189$$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 189 คน

ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) และกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) คือ ผู้ที่สามารถให้ข้อมูลในการดำเนินงานตามมาตรฐานการดูแลหึ่งตั้งครรภในจังหวัดร้อยเอ็ดได้เป็นอย่างดีที่สุด (Key informant) ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการดำเนินงานตามมาตรฐานการดูแลหึ่งตั้งครรภในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหึ่งตั้งครรภของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1) ⁽²²⁾ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหึ่งตั้งครรภของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดและส่วนที่4 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ซึ่งแบบสอบถามผ่าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96 การแปลผลคะแนนระดับโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (สำเร็จ จันทสุวรรณและสุวรรณ บัวทวน, 2547) โดยแบ่งระดับ คือ มากที่สุด(4.50-5.00) มาก(3.50-4.49) ปานกลาง(2.50-3.49) น้อย(1.50-2.49) และน้อยที่สุด(1.00-1.49) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างวันที่ 5 เมษายน 2560 ถึง วันที่ 5 พฤษภาคม 2560

2. การสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา โดยนำประเด็นปัญหาต่างๆมาจากงานวิจัยเชิงปริมาณมาใช้ในการสนทนากลุ่มเพื่อหาข้อมูลและสาเหตุของปัญหานั้น ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อในการสนทนากลุ่มไว้ 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหัตถ์ตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มในวันที่ วันที่ 5 พฤษภาคม 2560

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องเมื่อแจกแจงจัดกลุ่มแล้ว ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ

Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือ การถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) **จริยธรรมในการวิจัย**

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2560 เลขที่ HE 602026.

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.3 อายุเฉลี่ย 40.97 ปี (S.D.= 8.3) อายุต่ำสุด 23 ปี และอายุสูงสุด 57 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.5 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.2 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานการดูแลหัตถ์ตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 12.99 ปี (Median = 11.0, S.D. = 8.77) และได้รับการอบรมฟื้นฟูเรื่องมาตรฐานการดูแลหัตถ์ตั้งครรภ์ในจังหวัดร้อยเอ็ดในรอบ 1 ปี ร้อยละ 68.3 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรม 1 ครั้ง ร้อยละ 41.3

2. ระดับแรงจูงใจการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหัตถ์ตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด

ภาพรวมระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหัตถ์ตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.43) ปัจจัยจูงใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหัตถ์ตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.83 (S.D.=0.44) โดยพบปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงานอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.32

(S.D.=0.78) นอกนั้นอยู่ในระดับมากทั้งหมด เรียงจากคะแนนสูงไปหาคะแนนต่ำ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.57) ด้านความสำเร็จในการทำงาน มีค่าเฉลี่ย 3.94 (S.D.=0.46) ด้านลักษณะของงาน มีค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.52) ด้านการยอมรับนับถือ มีค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.59)

3. ระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด

ภาพรวมระดับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.=0.42) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ . การให้บริการฝากครรภ์ในสถานบริการ อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.51 (S.D.=0.47) รองลงมา คือ การจัดทำข้อมูลสถานการณอนามัยแม่และเด็ก อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.33 (S.D.=0.56) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนมีค่าเฉลี่ย 3.7 (S.D.=0.68)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

จากผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ สถานภาพสมรส (คู่) ระยะเวลาปฏิบัติงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การอบรมฟื้นฟูเรื่องมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดร้อยเอ็ด ในระยะ 1 ปี มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.077$, $p\text{-value}=0.294$), ($r=0.057$, $p\text{-value}=0.439$) ($r=0.105$, $p\text{-value}=0.149$), ($r=0.029$, $p\text{-value}=0.694$) ตามลำดับ ส่วนเพศ (หญิง) ระดับการศึกษา(ปริญญาตรี) ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของ

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

แรงจูงใจ พบว่า ในภาพรวมของแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูง ภาพรวมปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ภาพรวมปัจจัยก้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.720$, $p\text{-value}<0.001$), ($r=0.641$, $p\text{-value}<0.001$), ($r=0.699$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจ มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจกับตัวแปรตาม คือการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผลการวิเคราะห์จะทำให้ทราบว่าตัวแปรใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ซึ่งในกระบวนการนี้มีหลักเกณฑ์คือการนำตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยครั้งละ 1 ตัวแปร ถ้าตัวแปรต้นที่นำเข้ามามีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่มีอยู่แล้วในสมการถดถอย วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จะตัดตัวแปรต้นที่สัมพันธ์กันตัวใดตัวหนึ่งออกจากสมการถดถอยเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรต้นที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด และจะถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงลำดับดังนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจมีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยก้ำจุนด้านสถานภาพวิชาชีพ (p-

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

value<0.001) ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน (p-value=0.005) ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p-value=0.002) ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value=0.006) สรุปได้ว่า ตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัว สามารถ

ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 58.6

ตารางที่ 1 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R ²	R ² Change
1.สถานภาพวิชาชีพ	0.245	0.334	5.229	<0.001	0.442	0.442
2.ลักษณะของงาน	0.162	0.199	2.814	0.005	0.540	0.098
3.นโยบายและการบริหาร	0.141	0.201	3.097	0.002	0.568	0.028
4.สภาพการปฏิบัติงาน	0.137	0.186	2.784	0.006	0.586	0.017

ค่าคงที่ 1.409, F= 65.021, P-value <0.001, R²=0.586, R²_{Adj} = 0.577

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการรวบรวมจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 189 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะจำนวน 41 ฉบับ สรุปได้ดังนี้

ด้านปัจจัยจูงใจ ปัญหาและอุปสรรค คือ บุคลากรมีน้อยการปฏิบัติงานไม่ครอบคลุม อายุงานของบุคลากรน้อย การยอมรับในตัวบุคลากรน้อยจากการที่หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการฝากครรภ์จากคลินิก ลักษณะงานที่ทำมีความซ้ำซ้อน ในการบันทึกข้อมูล การปฏิบัติงานต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ที่ดี มีภาระงานมาก การทำงานไม่มีผลต่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน แนวทางการแก้ไข โดยการเพิ่มบุคลากร เพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน เลือกคนที่ตรงตามความรู้ความสามารถมาปฏิบัติงาน

ปัจจัยค้ำจุน นโยบายไม่สอดคล้องกับผู้ที่ปฏิบัติ นโยบายกว้างเกินความสามารถผู้ปฏิบัติ การแบ่งหน้าที่ไม่ชัดเจน ขาดการทำงานเป็นทีม เงินเดือนและ

ค่าตอบแทนน้อย การปฏิบัติงานยังขาดอุปกรณ์ แนวทางการแก้ไข กำหนดนโยบายให้สอดคล้องเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานได้ มีการแบ่งหน้าที่ให้ชัดเจน มีการประชุมชี้แจงปรึกษาหารือร่วมกันทุกสหวิชาชีพ เพิ่มเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นการปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ด้านการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ปัญหาอุปสรรคคือ สถานที่ไม่เป็นสัดส่วน อุปกรณ์ไม่เพียงพอ บุคลากรมีน้อย โอกาสในการเข้ารับการอบรมมีน้อย การให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เป็นไปตามมาตรฐาน การดำเนินงานเชิงรุกไม่ครอบคลุมจากการกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และหญิงวัยทำงาน การบันทึกข้อมูลหลายขั้นตอน ไม่มีการนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อแก้ปัญหาแนวทางการแก้ไข คือ ควรมีการจัดห้องให้เป็นสัดส่วน จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพิ่มจำนวนบุคลากร จัดให้มีการอบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากร การดำเนินการเชิงรุกในชุมชนต้องอาศัยเครือข่าย โดยเฉพาะ อสม.ในการออกติดตามเยี่ยม จัดประชุมชี้แจงในการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องแก่บุคลากร นำข้อมูลที่ได้มาสรุปผลเพื่อหา

แนวทางในการแก้ไขโดยการจัดทำโครงการให้เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์

สรุปและอภิปรายผล

1.จากการศึกษาพบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.43) เนื่องจากการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์การทำงานและต้องอาศัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาพุดา ชาวเวียงและประจักษ์ บัวผัน(2559)⁽⁶⁾, วัชรวิวัฒน์ จันทะวงศ์และประจักษ์ บัวผัน(2558),สุชาติ ครองนาวังและชนะพล ศรีฤาชา(2558)

แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.720$, p -value<0.001) ภาพรวมปัจจัยจูงใจและภาพรวมของปัจจัยที่จูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิญญูพงษ์ จตุเทนและวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี(2557)⁽¹⁰⁾, ชนากา ไชยศาสตร์และชญญา อภิบาลกุล(2557), ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน(2555), วีระวรรณ เหล่าวิทวัสและประจักษ์ บัวผัน, สุชาติ ครองนาวังและชนะพล ศรีฤาชา, วัชรวิวัฒน์ จันทะวงศ์และประจักษ์ บัวผัน(2558)⁽⁹⁾, สุมาลี ลารังสิต และประจักษ์ บัวผัน(2557)⁽¹⁵⁾

คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ด ว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีซึ่งมีความใกล้เคียงกัน มีพื้นฐานแห่งความรู้และมีความเข้าใจในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพตามข้อบัญญัติการประกอบวิชาชีพของสภาการพยาบาล

แรงจูงใจด้านสถานภาพวิชาชีพ ด้านลักษณะของงาน ด้านนโยบายและการบริหาร และด้านสภาพการปฏิบัติงาน มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด จึงควรส่งเสริมและให้ความสำคัญทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้การปฏิบัติงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของพยาบาลวิชาชีพเป็นไปตามมาตรฐานมากยิ่งขึ้น ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 58.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ ครองนาวังและชนะพล ศรีฤาชา(2557),รัชนิกร อะโน และ ประจักษ์ บัวผัน(2560)⁽⁸⁾,วิญญูพงษ์ จตุเทนและวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี(2557)⁽¹⁰⁾,สุกชัย หมื่นมา และประจักษ์ บัวผัน(2557)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำผลการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานในการดูแลหญิงตั้งครรภ์มาพิจารณาเพื่อเลื่อนขึ้นเงินเดือนและค่าตอบแทนแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้การส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรได้พัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์แนวใหม่เสมอ รวมทั้งในด้านการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ และผลงานทางวิชาการ เพื่อนำเสนอสู่เวทีด้านวิชาการเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพของงานที่ปฏิบัติ

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้มากขึ้น ผู้ปฏิบัติงานนั้นมีความต้องการค่าตอบแทนที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชา เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติ

หน้าที่ และควรมีการพัฒนาบุคลากร พยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ทักษะ และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและร่วมวางแผนการปฏิบัติงาน เพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ใหม่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การรับทราบบทบาทหน้าที่ บรรยากาศองค์กร การสนับสนุนจากองค์กร โครงสร้างองค์กร การประสานงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ปัจจัยและกระบวนการบริหาร เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับเกียรติและสนับสนุนด้วยความเมตตาจากผู้

มีพระคุณหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรองศาสตราจารย์ ดร.ชนะพล ศรีฤาชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาด้านวิชาการ เสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งเอาใจใส่ช่วยเหลือและให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์ บัวผัน ประธานสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ กรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ อีกทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพอก เพื่อนร่วมงานทุกท่าน และครอบครัว ที่ได้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยอย่างยิ่ง และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ. ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมให้การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กุลฤดี จิตตยานันต์. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* ; 2556 ,23(3),110-121.
- 2.จรัญญู ทองเอนก,และประจักษ์ บัวผัน. สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับงานตามโครงการ ของผู้อำนวยการโรงส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* ; 2557, 7(2),218-229.
- 3.จรรยาศรี มีหนองหว้า. ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* ; 2556, 23(1),30-43.
- 4.จุฑารัตน์ กองใส,และพรทิพย์ คำพ้อ. การพัฒนาศักยภาพในการดูแลทันตสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลจักราชอำเภอจักราชจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย มข* ; 2556, 13(1),99-98
- 5.ญาณิน หนองหารพิทักษ์, และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)* ; 2556, 13(1), 99-111.
- 6.พยุคา ชาเวียงและประจักษ์ บัวผัน .ได้ศึกษาแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)* ; 2560 ,17(1),
- 7.มาลีวัล เลิศสาครศิริ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* ; 2557, 37(4),74-82
- 8.รัชนิกร อะโน, และประจักษ์ บัวผัน. การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของผู้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นจังหวัด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* ; 2558, 8(2), 52-59.
- 9.วัชรวิวัฒน์ จันทะวงษ์,และประจักษ์ บัวผัน. การดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* ; 2558, 8(2), 128-137

10. วิษณุพงษ์ จตุเทนและวิทัศน์ จันทโรโพธิ์ศรี. แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยุคใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด. *เอกสารประชุมวิชาการระดับชาติ* ; 2557.
11. ธีระวรรณ เหล่าวิทวัส, และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิจัย มข* ; 2556, 13(2), 109-120
12. ศรีอัย อนุสรณ์, และพัชรี จันทอง. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* ; 2557, 37(1), 53-59
13. สมหมาย คำพิชิต, และวิทัศน์ จันทโรโพธิ์ศรี. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ* ; 2556, 6(1), 21-29
14. สันติ ธรณี และประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)* ; 2557, 14(1), 89-104.
15. สุมาลี ลารังสิตและประจักษ์ บัวผัน. การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. *วารสารงานวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)* ; 2557, 14(3), 64 - 80.
16. เสาวนีย์ ภูมิสวัสดิ์และเกษร สุวิฑะศิริ. การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ* ; 2556, 29(2), 80-94
17. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2555.
18. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2558.
19. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2554.
20. อเนก นนทะมาตย์และชนะพล ศรีฤาชา. ปัจจัยการบริหารที่มีต่อผลการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นอำเภอภูผินราชนิ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* ; 2557, 7(3), 146-155
21. Herzberg , Mausner & Snyderman. *The Motivation to Work*. Transaction Publishers ; 1993.
22. Likert . *The Human Organization: Management and Value*. New York: McGraw Hill ; 1967.

ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ADMINISTRATIVE FACTORS AFFECTING THE PERFORMANCE OF THE OFFICERS FOR
RESPONSIBLE TUBERCULOSIS IN SUB - DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL,
KHON KAEN PROVINCE

เพชรรัตน์ พันอิน¹, ชัญญา อภิपालกุล²

Petcharat Panaon¹, Chanya Apipalaku²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษา คือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คนซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจำนวน 10 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชได้เท่ากับ 0.75 การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 8 พฤษภาคม 2560 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน 2560 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนาได้แก่วัดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาพบว่าระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่นภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.56(S.D. = 0.28) และค่าเฉลี่ย 4.35(S.D. = 0.41) ตามลำดับ ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่นอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.45$, p -value < 0.001) ภาพรวมของปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการงบประมาณเทคโนโลยี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = 0.839$, p -value < 0.001) ซึ่งทั้ง 2 ตัว การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 45.9 ($R^2 = 0.459$, P -value < 0.001)

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร, การปฏิบัติงานวัณโรค, ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to .Administrative Factors Affecting the project control by sub-district health promoting hospital ,Khonkaen Province.The population were 156personnel from director in sub-district health promoting Province,103 personnelselected by simple random and 10 personnel participated in in-depth interviews for qualitative data.The instruments was questionnaire examined and verified by three experts for content validity and tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient 0.75. Data were collection between May 8th,2017 and June 15th,2017 . The data were analyzed by descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum) and Inferential statistics by Pearson's product moment correlation and multiple linear regressions. The level statistical significant was set at 0.005.

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The results showed that Administrative Factors Affecting the project control factor level by sub-district health promoting hospital director, Hospital, KhonKaen were found at high level with averages of 3.56(S.D. = 0.28), 4.35(S.D. =0.41) respectively. Administrative Factors Affecting factor were statistical significantly correlated with the affecting the project control by sub-district health promoting hospital director, Khonhaen Province ($r = 0.839$, p -value < 0.001). The factors were budget technology. These two factor could together predict affecting the project control by sub-district health promoting hospital director by 45.9 ($R^2 = 0.45$, P -value < 0.001).

Key word : Administrative factor, Responsible tuberculosis, The performance of the officers

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium ปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขเป็นสาเหตุการป่วยและตายในประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุก (Prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 12 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (Infection) และในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (Incidence) ประมาณ 8.6 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละประมาณ 1.3 ล้านคน ซึ่งปัญหาวัณโรคเหล่านี้เกิดจากการย้ายถิ่น แรงงาน เคลื่อนย้ายและความยากจน ส่งผลให้เกิดการื้อยาของวัณโรคและการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีและนับวันจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล(Global emergency) และต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) 2) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) มีวัณโรคคือยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวมา ดังนั้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 (2035)⁽²⁾

สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 ราย หรือคิดเป็น 171 ต่อแสนประชากร (WHO, Global TB Report 2015) แต่จากระบบรายงานผล

การดำเนินงานวัณโรคปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 67,789 รายคิดเป็นอัตราการตรวจพบ (Detection rate) เพียงร้อยละ 59 และในปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 62,154 รายคิดเป็นอัตราการตรวจพบ (Detection rate) เพียงร้อยละ 55.3 สำหรับผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานหรือผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคคือยาหลักอย่างน้อย 2 ชนิด คือ ไอโซไนอาซิดและไรแฟมพิซิน (Multi-Drug Resistant-TB : MDR-TB) จำนวนคาดประมาณ 2,200 ราย (มาจากผู้ป่วยใหม่ 1,100 ราย และมาจากผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน 1,100 ราย) ซึ่งคาดประมาณจากข้อมูลการเฝ้าระวังการคือยารั้งที่ 4 ของประเทศไทยในปี 2555 (วัณโรคคือยาหลายขนานในผู้ป่วยใหม่พบร้อยละ 2.03 และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาพบร้อยละ 18.88) แต่จากรายงานพบว่าได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพียง 200 รายสะท้อนให้เห็นถึงการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริงรวมทั้งผู้ป่วยที่สงสัยไม่ได้รับการส่งตรวจทดสอบความไวต่อยาทางห้องปฏิบัติการชั้นสูง จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การดำเนินงานวัณโรคของไทยพบปัญหาทั้งการวินิจฉัยและตรวจพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 55.3 ของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคใหม่ที่คาดประมาณอีกทั้งผลการรักษาต้องมีความสำเร็จเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้นสำนักวัณโรคจึงกำหนดแนวทางการควบคุมโรคโดยมุ่งเน้น “ค้นให้พบ จับด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา” ทั้งวัณโรคที่ไวต่อยา (Drug Susceptible TB : DS-TB) และวัณโรคคือยา (Drug Resistant-TB : DR-TB) รวมทั้งการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์⁽³⁾ คาดการณ์ว่าในอนาคตจะมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มมากขึ้นนับสิบเท่า เนื่องจากการแพร่เชื้อวัณโรคในปัจจุบันมีความกระจัดกระจายและจะเพิ่มมากขึ้นในชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ หรือในเขตอำเภอเมืองในต่างจังหวัด ซึ่งวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้

เวลาในการรักษาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะเข้มข้น (Initial phase หรือ Intensive phase) เป็นการรักษาใน 2 เดือนแรกระยะนี้มีความสำคัญมาก โดยการรักษาจะเน้นการฆ่าเชื้อวัณโรคอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะการแพร่เชื้อ ระยะที่ 2 หรือระยะต่อเนื่อง(Continuation phase) คือ ระยะที่ใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่องจากระยะแรก 4-6 เดือน โดยใช้ยารักษาอย่างน้อย 2 ตัว ซึ่งจะฆ่าเชื้อวัณโรคที่หลงเหลืออยู่ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะเข้มข้นจึงมีความสำคัญมาก เพราะเป็นช่วงที่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้สูง⁽³⁾ประเทศไทยได้ดำเนินการควบคุมวัณโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก(The internationally agreed strategy for TB control : DOT strategy) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 และปรับเปลี่ยนเป็น The Stop TB Strategy ในปี พ.ศ.2549 โดยเพิ่มเติมในประเด็นการผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี การจัดการระบบการดูแลวัณโรคคือยาหลายขนาน การสร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุขและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและการวิจัย การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (Millennium Development Goals:MDG) มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับแผนการควบคุมวัณโรค 2 ตัวชี้วัด ต่อมาในปี พ.ศ.2554 องค์การอนามัยโลกได้เพิ่มประเด็นเน้นหนัก (The Global Plan to Stop TB 2011-2015) ในปี พ.ศ.2554-2558 เพื่อเร่งรัดการทำงานด้านวัณโรคให้บรรลุตามเป้าหมายโดยเน้นประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ส่งเสริมการดำเนินงาน DOT อย่างมีคุณภาพ 2) เร่งรัดดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอชไอวี 3) เร่งรัดการดำเนินงานวัณโรคคือยา 4) สร้างความเข้มแข็งทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงวัณโรค ทั้งนี้ยังให้ความสำคัญกับการวิจัยและการพัฒนาด้วย⁽³⁾ในการดำเนินงานด้านวัณโรคเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค รักษาหาย ลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากวัณโรค โดยมีแนวทางในการดำเนินงาน 4 ด้านได้แก่ การค้นหาผู้ป่วย การรักษา การป้องกัน และสุขภาพ⁽³⁾ ซึ่งการดำเนินงานทั้ง 4 ด้านนี้ เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านวัณโรคสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล เพื่อที่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวัณโรคจะสามารถดำเนินงานด้านวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรคตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดชัยภูมิพบว่า การปฏิบัติงาน ด้านการค้นหาผู้ป่วยใหม่ ด้านการนิเทศและด้านการฝึกอบรม มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรักษาและการติดตามเยี่ยมบ้าน การป้องกันและการให้สุขภาพ พบว่าระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก⁽⁴⁾ การดำเนินงานด้านวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่เป็นพื้นที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านวัณโรค การจะดำเนินงานวัณโรคให้ประสบผลสำเร็จนั้น สิ่งที่จะขาดไม่ได้คือ ปัจจัยทางการบริหารซึ่งประกอบด้วย คน(Man) เงิน(Money) วัสดุอุปกรณ์(Material) ด้านการบริหาร (Management) รวมเรียกว่า 4M และเพื่อให้การดำเนินงานด้านวัณโรคมีประสิทธิภาพและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้จึงนำปัจจัยด้านเทคโนโลยี (Technology) และด้านเวลา (Time) เข้ามาร่วมด้วย(ประจักษ์บัวพันธ์, 2552) และเพื่อให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากขึ้นและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตามหลักการของ (Henry Fayol,2006) ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การบังคับบัญชา (Commanding) การประสานงาน (Coordinating) และการควบคุม (Controlling) (Henry Fayol อ้างใน R.K.Sapu,2006) จากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรและปัจจัยการบริหาร สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ดได้ร้อยละ 51.70⁽¹⁾และการศึกษาปัจจัยการบริหาร และกระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานอนามัยเขต โชนเหนือจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ได้แก่ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านการจัดองค์การ ด้านการจัดองค์การและการฝึกอบรมที่เกี่ยวกับสมรรถนะร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะ

หลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนามัยเขต โชนเหนือ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 49.10 (บุญถม ชัยฉนวน และประจักษ์ บัวผัน, 2553) จังหวัดขอนแก่น มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี 2556-2558 พบอัตราป่วย 130.8, 149.1 และ 160.3 ตามลำดับ ต่อประชากรแสนคน มีผู้ป่วยวัณโรคคือยาที่กำลังรักษา จำนวน 25 คน ปี 2558 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 134 ราย ถือเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาถูกต้อง ทันเวลาและกินยาไม่ครบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2558) จากการรายงานดังกล่าวจะพบว่าอัตราการป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มขึ้นทุกปีและอัตราป่วยวัณโรคคือยาก็เพิ่มมากขึ้น ในการรักษาวัณโรคแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ยิ่งถ้าเป็นกรณีวัณโรคคือยาค่าใช้จ่ายในการรักษาก็สูงตามไปด้วยและใช้เวลาในการรักษานานฉะนั้นสิ่งที่สำคัญในลดอัตราการเกิดวัณโรคคือการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยเฉพาะวัณโรคปอด เนื่องจากสามารถแพร่กระจายสู่ผู้ใกล้ชิดได้ง่าย ถ้าหากขาดการป้องกันและควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อวัณโรคและมีที่เลี้ยงควบคุมควบคู่กับการกินยา(DOTS) ซึ่งถ้าผู้ป่วยกินยาครบก็มีโอกาสในการหายจากวัณโรคสูง ดังนั้นการดำเนินงานด้านวัณโรคจะประสบผลสำเร็จต้องมาจากการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ฉะนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เพื่อจะได้นำผลการวิจัยมาพัฒนางานด้านวัณโรคและประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค ในจังหวัดขอนแก่น ตลอดจนสามารถปฏิบัติงานด้านวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1. ระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

2. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

1.3.2.3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น จำนวน 248 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2558) จากการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรตามขนาดตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สํารวจรายชื่อและจำนวนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 248 คน

2. คํานวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคํานวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ตัวแบบการถดถอยแบบพหุ เพื่อทดสอบสมมติฐานเป็นมาทดสอบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรแต่ละตัวแตกต่างจากศูนย์ ($H_0: b_i = 0$) หรือเรียกว่า ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

กับตัวแปรตามหรือไม่ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่ ใช้ตัวแบบการถดถอยพหุ
Cohen (1988) ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \quad \text{.....(1)}$$

$$\text{เมื่อ} \quad \lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U) \quad \text{(2)}$$

เมื่อกำหนดให้

N = ขนาดตัวอย่าง

$R_{Y.A,B}^2$ = ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full model

$R_{Y.A}^2$ = ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model
= $R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$

$R_{Y.B}^2$ = ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change)
เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ

λ = ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w = จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่
ต้องการทดสอบ (เขต A) เท่ากับ 0

u = จำนวนตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้นที่ต้องการทดสอบ
กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 6 ตัวแปรซึ่งเป็นตัวแปรอิสระทั้งหมดจาก
กรอบแนวคิดการวิจัย

v = ค่าที่ได้จาก $N - u - w - 1$

$R_{Y.A,B}^2$ = ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full model ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (กฤษฎา ไม้เวียง, 2557) ซึ่งเป็นงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) = 0.590

$R_{Y.A}^2$ = ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.B}^2$) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาตัวแปรอิสระทุกตัว ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model จึงเท่ากับ $0.590 - 0.051 = 0.539$

$R_{Y.B}^2$ = ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (ตัวแปรปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การด้านการงบประมาณ) $0.590 - 0.539 = 0.051$

λ = ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบได้จากการเปิดตารางของ Cohen (1988)⁽⁵⁾ โดยกำหนด $v = 120$ ซึ่งเป็นค่าที่จะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมที่สุด Power of Test = 0.80 และ $\alpha = 0.05$ จะได้ $\lambda = 7.8$ แทนค่า λ ในสมการที่ (1) จะได้ขนาดตัวอย่าง

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w \quad \text{.....(1)}$$

$$N = \frac{7.8(1 - 0.590)}{0.590 - 0.539} + 0$$

$$N = \frac{7.8(0.41)}{0.051} + 0$$

$$N = 62.70$$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง พบว่า $N=62.70$ มีค่าอยู่ระหว่าง 60 ถึง 120 นำค่า N ที่ได้มาแทนค่าเพื่อคำนวณหา
ค่า V และ w คือ ตัวแปรอิสระที่ศึกษาทั้งหมด 6 ตัว ต้องการทดสอบ 1 ตัว $u=1$ ดังนั้น w เหลือเท่ากับ 5 ตัว

จากสูตร $V = N - u - w - 1$

แทนค่า $V = 62.70 - 1 - 6 - 1$

$$V = 54.70$$

ซึ่งในตารางค่า $V = 54.70$ นำค่าที่ได้ไปใช้ในการหาค่า λ ในสมการที่ (2) โดยค่า $V_L=20$, $V_U=60$ เมื่อเปิดตาราง
9.4.2 ที่ $u=1$, Power = 0.80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($\alpha=0.05$) จะได้ค่า $\lambda_L=8.7$, $\lambda_U=8.1$ แทนค่าในสมการที่ (2)
ดังนี้

แทนค่าในสูตร $\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U} (\lambda_L - \lambda_U)$ (2)

$$\lambda = 8.7 - \frac{1/20 - 1/54.70}{1/20 - 1/60} (8.7 - 8.1)$$

$$\lambda = 8.1$$

จากนั้นนำค่า $\lambda = 8.1$ ไปแทนค่าในสมการที่ (1) อีกครั้งเพื่อหาจำนวนขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม

$$n = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$
(1)

$$n = \frac{8.1(1 - 0.603)}{0.603 - 0.584} + 0$$

$$n = 169.24$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ $n = 169.24$ สรุปได้ว่าขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ในการวิจัยเท่ากับ 170 คน

การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม

หาช่วงการคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้สูตร $I=N/n$ (วินัสพีชวินิชย์,2547)

I = ช่วงของการเลือกตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

แทนค่าในสูตร

$I = 248/170$

$I = 1.45$

ฉะนั้นจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง จำนวน 170 คน จากประชากรทั้งหมด 248 คน ได้ค่า $I < 1.5$ จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Sample random sampling) ดังต่อไปนี้

3.3.1.1 โดยนำรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น มาให้หมายเลข 1-248

3.3.1.2 จากนั้นสุ่มโดยวิธีจับฉลาก โดยไม่ใส่คืน

3.3.1.3 ทำการสุ่มได้ครบ 170 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้เป็นแบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ที่ผู้วิจัยได้ทำขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดแบบสอบถามให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีทั้งหมด 2 ชุด ดังนี้

3.5.1 ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ระดับปัจจัยทางการบริหาร		คะแนน
ปัจจัยทางการบริหารมากที่สุด	เท่ากับ	5
ปัจจัยทางการบริหารมาก	เท่ากับ	4
ปัจจัยทางการบริหารปานกลาง	เท่ากับ	3
ปัจจัยทางการบริหารน้อย	เท่ากับ	2
ปัจจัยทางการบริหารน้อยที่สุด	เท่ากับ	1

การแปลผลคะแนนระดับปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย บุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ กระบวนการบริหาร เวลาและเทคโนโลยี แปลผลโดยนำมาจัดลำดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนมาเป็นตัวกำหนด⁽²⁾ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 4.50-5.00

มาก หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 3.50-4.49

ปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 2.50-3.49

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล

เป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะสมรส รายได้ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่ง

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย บุคคล งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ กระบวนการบริหาร เวลาและเทคโนโลยี โดยคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5,4,3,2,1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

น้อย หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 1.50-2.49

น้อยที่สุด หมายถึง ค่าคะแนนระหว่าง 1.00-1.49

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ดังนี้ 1)ด้านการค้นหาผู้ป่วยใหม่ 2)ด้านการรักษา 3)ด้านการป้องกัน 4)ด้านสุขภาพ โดยมิตถลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (5,4,3,2,1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล(Interval Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับการปฏิบัติงาน		คะแนน
การปฏิบัติงานมากที่สุด	เท่ากับ	5
การปฏิบัติงานมาก	เท่ากับ	4
การปฏิบัติงานปานกลาง	เท่ากับ	3
การปฏิบัติงานน้อย	เท่ากับ	2
การปฏิบัติงานน้อยที่สุด	เท่ากับ	1

การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ดังนี้ 1)ด้านการค้นหาผู้ป่วยใหม่ 2)ด้านการรักษา 3)ด้านการป้องกัน 4)ด้านสุขภาพ แปลผลโดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนมาเป็นตัวกำหนด (สำเร็จ น ท ร สุ ว ร ร ณ ,2547)

มากที่สุด หมายถึง	ค่าคะแนนระหว่าง	4.50-5.00
มาก หมายถึง	ค่าคะแนนระหว่าง	3.50-4.49
ปานกลาง หมายถึง	ค่าคะแนนระหว่าง	2.50-3.49
น้อย หมายถึง	ค่าคะแนนระหว่าง	1.50-2.49
น้อยที่สุด หมายถึง	ค่าคะแนนระหว่าง	1.00-1.49

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความให้ตอบแบบอิสระ

3.5.2 ชุดที่ 2แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) แนวทางในการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เป็น

คำถามปลายเปิดให้ตอบได้อย่างเสรี ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบได้อย่างเสรี

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ผลการสัมภาษณ์ สามารถที่จะบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นคำถามปลายเปิดและให้แสดงความคิดเห็นได้อย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ นำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.8.1 สถิติเชิงพรรณนา

3.8.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ในกรณีที่มีข้อมูลแจกแจงปกติ ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในกรณีที่มีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)

3.8.1.2 ระดับปัจจัยทางการบริหาร และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ในกรณีที่มีข้อมูลมีการแจกแจงปกติใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในกรณีที่มีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum)

3.8.1.3 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางโดยวิธีพรรณนา

3.8.2 สถิติเชิงอนุมาน

3.8.2.1 การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน หรือ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient สถิติใช้ในกรณีที่มีข้อมูลมีการแจกแจงปกติ และในกรณีที่มีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) ในการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวนั้นจะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval scale) อัตราส่วนสเกล (Ratio Scale)

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์มาจับคู่กับตัวแปรทีละตัว ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองหาง (Two-tails) ถ้าค่า p-value น้อยกว่า 0.05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามแต่ละคู่นั้นนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson (1990)⁽⁶⁾ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 แบ่งระดับ ดังนี้

ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship)

หมายถึง $r = 0$

มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)

หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30

มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship) หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70

มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)

หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99

มีความสัมพันธ์สูงมาก (Perfect Relationship)

หมายถึง $r = \pm 1$

3.8.2.2 ใช้สถิติถดถอยพหุแบบขั้นตอน

หรือเรียกว่า Stepwise Multiple Linear Regression ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร ซึ่งเป็นวิธีทางสถิติที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวแปรขึ้นไป ที่มีผลต่อตัวแปรตามตัวเดียววิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3.8.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์

แบบเจาะลึก (In-depth-Interview) จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากบุคคลที่ให้ข้อมูล ทั้งหมด 10 คน โดยนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจะทำการวางระบบข้อมูลโดยการจำแนกประเภทของข้อมูลให้ครอบคลุม และตรงตามปัญหาของการวิจัยก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล และครบถ้วนตามองค์ประกอบ ดังนี้

ปัจจัยทางการบริหาร และการปฏิบัติงานของผู้รับผิดชอบงานวันโรค รวมถึงปัญหา อุปสรรคของผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

สรุปและอภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานวันโรค พบว่า กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 68.80 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 39.4) อายุเฉลี่ย 36.90 ปี (S.D. = 8.0 ปี) อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 57 ปี สถานภาพสมรสส่วนมากสถานภาพคู่ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 62.9 รายได้ส่วนมากน้อยกว่า 20,000 บาท จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 รายได้เฉลี่ย 25708.59 บาท/เดือน (S.D. = 9234.79 บาท/เดือน) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาหรือเทียบเท่า จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 85.30 ตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 47.60 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานวันโรค ระหว่าง 1-10 จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 71.80 เฉลี่ย 9.4 ปี (S.D. = 9.2 ปี)

ตารางที่ 1 การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่าตัวแปรอิสระกับปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น (n = 170)

ปัจจัยทางการบริหาร	การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น			
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	95%CI	ระดับความสัมพันธ์
ด้านบุคลากร	0.021	0.78		ต่ำ
ด้านงบประมาณ	0.622**	<0.001		ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.571**	<0.001		ปานกลาง
ด้านการบริหาร	0.439**	<0.001		ปานกลาง
ด้านเวลา	0.467**	<0.001		ปานกลาง
ด้านเทคโนโลยี	0.499**	<0.001		ปานกลาง
รวม	0.663**	<0.001		ปานกลาง

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษา ปัจจัยการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยทางการบริหาร 5 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.663, p\text{-value}<0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.622, p\text{-value}<0.001$) ซึ่งมีขนาดความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.571, p\text{-value}<0.001$)

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

value<0.001) ด้านเทคโนโลยีมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.499, p\text{-value}<0.001$) ด้านเวลามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.467, p\text{-value}<0.001$) ด้านการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.439, p\text{-value}<0.001$) และด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r=0.021, p\text{-value}=0.78$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัน โรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R ²	R ² Change
ด้านงบประมาณ	0.337	0.502	8.06	<0.001	0.622	0.387	0.387
ด้านเทคโนโลยี	0.192	0.294	4.72	<0.001	0.678	0.459	0.072

ค่าคงที่ = 2.295, F = 70.957, P-value <0.001, R=0.663, R² = 0.459, R²_{adj} = 0.453

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัน โรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่นคือ ปัจจัยทางด้านงบประมาณ ($p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยทางด้านเทคโนโลยี ($p\text{-value}<0.001$) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดสรรงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัน โรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
2. ควรมีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต่อกิจกรรมที่ใช้แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัน โรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. ควรมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต ที่มีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัน โรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ฉัฐพงษ์ ศิลาลือทอง. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556
2. สำเร็จ จันทสุวรรณและสุวรรณ บัวทวน. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์.ขอนแก่น.ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2547
3. สำนักวันโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ:สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2556
3. อ้อมจิตร พงษ์ธีรกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค ตามแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2551.
4. Cohen, J. *Statistical power analysis for behavior science*. 2nd ed. New York: Academic Press. 1988.
5. Elifson, K. *Fundamental of social statistics International edition*. Singapore: McGraw-Hill .1990.

พฤติกรรมการใช้การรับรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุ สามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

Facebook Uses Behavior and Media Literacy of Buddhist Monks and Novices

in Muang District, Loei Province

พระวีระชัย อามาศย์มนตรี¹, สันทัด ทองรินทร์², ไพบูรณ์ คะเชนทรพรรค์³Phra Weerachai Armatmontree¹, Santat Thongrin², Assistant, Paiboon Kachentaraphan³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการใช้สื่อเฟซบุ๊ก 2) การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กตามลักษณะทางประชากรของพระภิกษุสามเณร และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อเฟซบุ๊กกับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุและสามเณรที่จำวัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย สุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น จำนวน 297 รูป เครื่องมือในการวิจัย คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) พระภิกษุและสามเณรส่วนใหญ่ใช้เฟซบุ๊กมาเป็นระยะเวลา 1 – 2 ปี โดยมีการใช้ ใช้ทุกวัน วันละ 30 นาที – 1 ชั่วโมง โดยเป็นการใช้ในบริเวณกุฏิ ส่วนใหญ่ใช้ในช่วงเวลา 17.00 – 20.00 น. และใช้ในกิจกรรม สนทนา การอ่านและแสดงความคิดเห็น ติดตามข้อมูลของบุคคลอื่น 2) พระภิกษุและสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กในระดับมาก 3) พระภิกษุและสามเณร ที่มีอายุพรรษา วุฒิการศึกษาทางโลก วุฒิกายการศึกษาวาฬิ แตกต่างกัน มีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) พฤติกรรมการใช้สื่อเฟซบุ๊กทั้งด้านระยะเวลา ความถี่ในการใช้ ระยะเวลาการใช้ และสถานที่ใช้มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อ เฟซบุ๊ก ในด้านการรับรู้และด้านการวิเคราะห์

คำสำคัญ : พฤติกรรมการใช้ การรู้เท่าทันสื่อ เฟซบุ๊ก

Abstract

The objectives of this research were to study 1) Facebook uses behavior of Buddhist monks in Mueang District, Loei Province; 2) their media literacy level; 3) the association between the monks' demographic characteristics and their level of media literacy; and 4) the relationship between Facebook uses behavior and media literacy.

The sample was 297 Buddhist monks and novices residing at temples in Mueang District, Loie Province, chosen through multi-stage sampling. The research tool was a questionnaire. Data were statistically analyzed using percentage, mean, standard deviation, chi square and correlation coefficient.

The results showed that 1) the majority of samples had used Facebook for 1 or 2 years and used it every day for 30 minutes to one hour. They mostly used Facebook in their quarters, most often during the time period 17:00 – 20:00. Their main activities were to converse, read, express opinions, and follow other people's information. 2) The samples had a high level of media literacy. 3) Differences in the variables of the samples' length of time being ordained as a monk or novice, educational level as a layman, and educational level in Bali language were associated with differences in level of media literacy to a statistically significant degree. 4) The variables of Facebook uses behavior of length of time of use, frequency of use, time period of use, and location of use were related to level of media literacy in the aspects of awareness and analysis.

Keywords: Uses behavior, Media literacy, Facebook

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

ปัจจุบันสังคมออนไลน์ที่มีเครือข่ายมากที่สุดคือ www.facebook.com ซึ่งวัตถุประสงค์ของ เฟซบุ๊ก คือใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนๆที่รู้จักและสนใจเรื่องเดียวกัน ในมหาวิทยาลัยเดียวกันและได้ขยายวงกว้างออกไปเรื่อยๆ โดย เฟซบุ๊ก เป็นเครือข่ายสังคมออนไลน์สำหรับเชื่อมโยงเพื่อนและบุคคลรอบข้าง ซึ่งสมาชิกสามารถอัปโหลดรูปภาพ, วิดีโอ, และลิงค์ต่าง ๆ รวมทั้งมีแอปพลิเคชันต่าง ๆ ให้เลือกใช้ตามความเหมาะสมกับความต้องการ ในส่วนของการรักษาความปลอดภัยมีระบบรักษาความเป็นส่วนตัว การเข้าเป็นสมาชิกสามารถทำได้เพียงมี “อีเมลล์” ที่ใช้งานอยู่จริงเท่านั้น การขยายตัวของผู้ใช้เฟซบุ๊กมีมาก และหนึ่งในกลุ่มที่ใช้เฟซบุ๊กก็ประกอบด้วยพระสงฆ์ เช่นกัน มีผู้สอบถามกันมากกว่าคิดหรือไม่ และเหมาะสมหรือไม่ ดังที่ได้มีการสอบถามกันในกระทู้ “พระภิกษุสงฆ์ กับ เฟซบุ๊ก” ของกลุ่มสังคมออนไลน์ในเว็บชื่อดัง “พันทิพย์” เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2556 โดยผู้ใช้ชื่อ “chrononaut” ว่า 1. พระภิกษุสงฆ์/สามเณรสามารถเล่นเฟซบุ๊กได้ไหมครับ? 2. ถ้าใช้เฟซบุ๊กในการเผยแพร่คำสอน/ตอบปัญหาธรรม ถือว่าผิดไหมครับ? นายอำนาจ บัวศิริ อดีตผู้อำนวยการสำนักเลขานุการมหาเถรสมาคม ได้เคยออกมาชี้แจง ในครั้งมีข่าว พระตุ๊ดเณรแต่ัว ใช้เฟซบุ๊กสื่อสารไม่เหมาะสม โปสเรื่องราวๆ ใ้ใครๆ ว่า “การที่พระสงฆ์ สามเณร จะใช้เฟซบุ๊กเป็นช่องทางในการเผยแพร่พระพุทธศาสนาเป็นเรื่องที่ทำได้และไม่ผิด แต่หากใช้คุยเรื่องส่วนตัวและมีการส่งรูปภาพหรือข้อความต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม ถือว่าไม่ถูกต้อง เพราะเฟซบุ๊กเป็นเว็บไซต์ที่มีฆราวาสหรือประชาชนใช้เป็นจำนวนมาก หากมีพระสงฆ์ สามเณรทำอะไรไม่เหมาะสมจะลดความศรัทธาที่มีต่อพระพุทธศาสนาได้” (หนังสือพิมพ์ คมชัดลึก, 2553)

จากการสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมและค่านิยมสังคมออนไลน์ “เฟซบุ๊ก” มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งเสี่ยงต่อการสร้างปัญหาในสังคมพระพุทธศาสนา และยังสะท้อนให้เห็นถึงสภาวะการณ์ของการไม่รู้เท่าทันสื่อของพระภิกษุและสามเณรในยุคปัจจุบัน การรู้เท่าทันสื่อซึ่งนับได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับศตวรรษที่ 21 (Pack, 2002) ที่ต้องสร้างให้เกิดขึ้นในหมู่พระสงฆ์และสามเณรผู้ใช้สื่อเฟซบุ๊กซึ่งการรู้เท่าทันสื่อ เป็นความสามารถในการเข้าถึงสื่อ โดยสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่สื่อนำเสนอ สามารถวิเคราะห์วัตถุประสงค์ในเนื้อหาสาระของสื่อ ตีความนัยยะความหมายแฝงที่สื่อนำเสนอ สามารถตัดสินใจตัดสินใจเลือกสิ่งที่สื่อนำเสนอได้ และสามารถนำสารสนเทศจากสื่อไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ปกป้องตนเองไม่ให้ถูกรบกวนจากสื่อ โดยการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งการรู้เท่าทันสื่อจะเป็นทักษะที่ช่วยปกป้องเยาวชนจากอิทธิพลทางลบของสื่อ บุคคลที่รู้เท่าทันสื่อจะเป็นผู้ที่สามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีเหตุผลและมีความรับผิดชอบ (Buckingham, 2003)¹³

จังหวัดเลยเป็นดินแดนแห่งพุทธภูมิ มีพระเกจิอาจารย์ต่าง ๆ ในจังหวัดเลยที่เป็นที่ยอมรับของคนไทยหลาย ๆ รูป โดยเฉพาะพระสงฆ์สายกรรมฐานหลวงปู่มั่น ในจังหวัดเลยมีเขตปกครองทั้งหมด 14 อำเภอ มีวัด 487 วัดทั้งของมหานิกาย และธรรมยุติ ในเขตอำเภอเมืองมีวัด 113 วัด(สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดเลย, 2558)¹⁰ นอกจากนั้นยังมีโรงเรียนปริยัติธรรมแผนกสามัญ 3 แห่ง และมีมหาวิทยาลัยสงฆ์ 2 แห่ง ทั้งมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีล้านช้าง และวิทยาลัยสงฆ์จังหวัดเลย ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ถือเป็นแหล่งรวมวิทยาการ วิชาการ ความรู้เกี่ยวกับพระพุทธศาสนาสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันพระสงฆ์และสามเณรในจังหวัดเลยได้เข้ารับการศึกษาในสถาบัน

การศึกษาต่าง ๆ มากมายตามนโยบายของพระสังฆาธิการ ในจังหวัดเลย ทั้งฝ่ายธรรมยุติและมหานิกาย การเล่าเรียน ในปัจจุบันจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อติดต่อกัน โดยเฉพาะช่องทางสื่อออนไลน์เฟซบุ๊กเป็นที่นิยมกันอย่างมาก แต่การใช้เฟซบุ๊กที่ถือว่ามีคุณอนันต์ ก็มีโทษมหันต์เช่นกัน กับปัญหาที่เกิดขึ้นได้นำมาสู่การนำมาพิจารณากันในที่ประชุมพระสังฆาธิการ อาทิเช่น การใช้เวลาอยู่บนหน้าจอคอมพิวเตอร์ และหน้าจอโทรศัพท์เป็นเวลานานเพื่อพูดคุยทางเฟซบุ๊ก การโพสต์ข้อความไม่เหมาะสม เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะได้มีส่วนร่วมในการปกครองดูแลภิกษุสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย จึงเห็นความสำคัญในการทำวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการใช้การรับรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุ สามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย เพื่อให้การใช้เฟซบุ๊กของพระสงฆ์สามเณรเป็นไปในที่เป็น ประโยชน์และเหมาะสมมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย จำแนกตาม สถานภาพ สังกัด อายุ พรรษา วุฒิการศึกษา วุฒิการศึกษาทางธรรม วุฒิการศึกษาบาลี และตำแหน่งทางการปกครอง

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พระภิกษุและสามเณรที่จำวัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 1,279 รูป ประกอบด้วย พระสงฆ์ 682 รูป สามเณร 597 รูป (ที่มา: สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดเลย ข้อมูลประจำปี พ.ศ. 2558)¹⁰

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระภิกษุและสามเณรที่จำวัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่ใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดย ตาราง Krejcie & Morgan ได้จำนวน 297 รูป โดยได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการแบ่งชั้น ภูมิ (Stratified Random Sampling) ยึดตาม สังกัด แบ่งเป็นมหานิกาย กับธรรมยุติ แล้วจึงทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากเพื่อระบุผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและสุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณรที่จำวัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

จำนวนพระภิกษุและสามเณร สังกัด	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
มหานิกาย	982	228
ธรรมยุติ	297	69
รวม	1,279	297

จากตารางที่ 1 พระสงฆ์และสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย มีจำนวน 1,279 รูป แบ่งเป็นฝ่ายมหานิกาย 982 รูป และฝ่ายธรรมยุติก 297 รูป เมื่อทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยการใช้ตาราง Krejcie & Morgan ได้จำนวน 297 รูป แบ่งตามชั้นภูมิฝ่ายมหานิกาย 228 รูปและฝ่ายธรรมยุติก 69 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม(Questionnaire) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) ศึกษาการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม (questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 ทั้งส่วนที่เป็นหลักการ แนวคิด ทฤษฎี โครงสร้างของแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน ภายใต้ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ 2) ด้านความเข้าใจ 3) ด้านการวิเคราะห์ และ 4) ด้านการประเมิน มีลักษณะเฉพาะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งออกเป็น 5 ระดับตามวิธีคิดของลิเคิร์ต (Likert Type) โดยค่าแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับมาก
- 3 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับน้อย
- 1 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับน้อยที่สุด

นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายเป็นรายชื่อในภาพรวมและวิเคราะห์ค่าระดับความสำคัญของ

คำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนำค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามแนวคิดของ Likert Scaling (Center for Social Research Methods, 2009) ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook ในระดับน้อยที่สุด

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถามจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างแบบสอบถามฉบับร่าง ให้ครอบคลุมขอบเขตของเนื้อหา 5 ด้าน
3. นำแบบสอบถามฉบับร่างให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจพิจารณา แล้วนำมาแก้ไข
4. นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับวัตถุประสงค์ (Index of objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.00
5. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
6. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alphas coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.96

7. จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับจริงและนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

1.1 ลักษณะประชากรของพระภิกษุสามเณร

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลของพระภิกษุและสามเณรที่จำวัดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
สถานะ		
พระภิกษุ	102	33.3
สามเณร	195	65.7
รวม	297	100
สังกัด		
มหานิกาย	228	76.8
ธรรมยุติ	69	23.2
รวม	297	100
อายุพรรษา		
ต่ำกว่า 1 พรรษา	117	39.4
1 พรรษา – ไม่เกิน 3 พรรษา	68	22.9
3 พรรษา – ไม่เกิน 5 พรรษา	60	20.2
5 พรรษาขึ้นไป	52	17.5
รวม	297	100
วุฒิการศึกษาสายสามัญ		
ประถมศึกษา	14	4.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	129	43.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย	83	27.9
ปริญญาตรี	66	22.3
ปริญญาโทขึ้นไป	5	1.7
รวม	297	100
วุฒิการศึกษาทางธรรม		
ไม่มีวุฒิ	215	72.3

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
นักธรรมตรี	32	10.8
นักธรรมโท	24	8.1
นักธรรมเอก	26	8.8
รวม	297	100
วุฒิการศึกษาบาลี		
ไม่มี	262	88.2
เปรียญธรรม 1 – 2	18	6.1
เปรียญธรรม 3	6	2.0
เปรียญธรรม 4	6	2.0
เปรียญธรรม 5 - 9	5	1.7
รวม	297	100
ตำแหน่งทางการปกครอง		
ไม่มีตำแหน่ง	237	79.8
ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	17	5.7
เจ้าอาวาส	18	6.1
ผู้ช่วยเจ้าคณะตำบล	8	2.7
เจ้าคณะตำบล	10	3.3
อื่น ๆ	7	2.4
รวม	297	100

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นสามเณรร้อยละ 65.7 เป็นพระภิกษุร้อยละ 33.3 สังกัดมหานิกายร้อยละ 76.8 สังกัดธรรมยุติก้อยละ 23.2 มีอายุพรรษาต่ำกว่า 1 พรรษาร้อยละ 39.4 มีพรรษา 1 พรรษา – ไม่เกิน 3 พรรษาร้อยละ 22.9 มีอายุพรรษา 3 พรรษา – ไม่เกิน 5 พรรษาร้อยละ 20.2 และมีพรรษา 5 พรรษาขึ้นไป ร้อยละ 17.5 วุฒิกการศึกษาสายสามัญในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 43.4 มัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 27.9 ปริญญาตรีร้อยละ 22.32 ประถมศึกษาร้อยละ 4.7 และปริญญาโทขึ้นไป ร้อยละ 1.7 ไม่มีวุฒิการศึกษาทางธรรมร้อยละ 72.24 นักธรรมตรีร้อยละ 10.8 นักธรรมเอกคิดเป็นร้อยละ 8.8 และนักธรรมโทร้อยละ 8.1 ไม่มีวุฒิการศึกษาบาลีร้อยละ 88.2 เปรียญธรรม 1 – 2 ร้อยละ 6.1 เปรียญธรรม 3 ร้อยละ 2.0 เปรียญธรรม 4 ร้อยละ 2.0 และเปรียญธรรม 5 – 9 ร้อยละ 1.7 และส่วนมากไม่มีตำแหน่งทางการปกครองสงฆ์ร้อยละ 79.8 เป็นเจ้าอาวसर้อยละ 6.1 รองเจ้าอาวसर้อยละ 5.7 เจ้าคณะตำบลร้อยละ 3.3 ผู้ช่วยเจ้าคณะตำบลร้อยละ 2.7 และอื่น ๆ ร้อยละ 2.4

ตาราง 3 แสดงพฤติกรรมกรรมการเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรเขตอำเภอเมืองจังหวัดเลย

พฤติกรรมกรรมการเปิดรับสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาเริ่มใช้สื่อเฟซบุ๊ก		
น้อยกว่า 1 ปี	44	14.8
1 – 2 ปี	106	35.7
3 – 4 ปี	81	27.3
มากกว่า 4 ปี	66	22.2
รวม	297	100
การใช้สื่อเฟซบุ๊กในรอบหนึ่งสัปดาห์		
1 – 2 วัน/สัปดาห์	50	16.8
3 – 4 วัน/สัปดาห์	37	12.5
5 – 6 วัน/สัปดาห์	32	10.8
ทุกวัน	178	59.9
รวม	297	100
การใช้สื่อเฟซบุ๊กในรอบหนึ่งวัน		
น้อยกว่า 30 นาที	91	30.6
30 นาที – 59 นาที	92	31.0
1 – 2 ชั่วโมง	57	19.2
มากกว่า 2 ชั่วโมง	57	19.2
รวม	297	100
สถานที่การใช้บริการสื่อเฟซบุ๊ก		
กุฏิ	246	82.8
สถานับการศึกษา	28	9.5
อื่นๆ	23	7.7
รวม	297	100

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เริ่มเล่นสื่อเฟซบุ๊กมาเป็นระยะเวลา 1 – 2 ปี ร้อยละ 35.7 3 – 4 ปี ร้อยละ 27.3 มากกว่า 4 ปี ร้อยละ 22.2 และน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 14.8 การใช้สื่อเฟซบุ๊กในรอบหนึ่งสัปดาห์ใช้ทุกวัน ร้อยละ 59.9 1 – 2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 16.8 3 – 4 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 12.5 5 – 6 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 10.8 ใช้วันละ 30 นาที – 59 นาที ร้อยละ 31.0 น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 30.6 1 – 2 ชั่วโมงและมากกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 19.2 เท่ากัน โดยเป็นการใช้ในบริเวณกุฏิ ร้อยละ 82.8 สถานับการศึกษา ร้อยละ 9.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 7.7

ตาราง 4 แสดงความถี่ช่วงเวลากการใช้บริการสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรเขตอำเภอเมืองจังหวัดเลย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ช่วงเวลาการให้บริการสื่อเฟซบุ๊ก	ความถี่	ร้อยละ
05.00 – 08.00 น.	54	12.3
09.00 – 12.00 น.	94	21.4
13.00 – 16.00 น.	49	11.2
17.00 – 20.00 น.	155	35.3
21.00 – 24.00 น.	72	16.4
หลัง 24.00 น. เป็นต้นไป	15	3.4
รวม	439	100

* ตอบได้มากกว่ากว่า 1 ข้อ

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากเข้าใช้บริการสื่อเฟซบุ๊กช่วงเวลา 17.00 – 20.00 น. คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมาเป็นช่วงเวลา 09.00 – 12.00 น. ร้อยละ 21.4 21.00 – 24.00 น. ร้อยละ 16.4 05.00 – 08.00 น. ร้อยละ 12.3 13.00 – 16.00 น. ร้อยละ 11.2 และหลัง 24.00 น. เป็นต้นไปมีการเข้าใช้น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.4 เท่านั้น ตาราง 5 แสดงกิจกรรมการให้บริการสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรเขตอำเภอเมืองจังหวัดเลย

กิจกรรมการใช้สื่อเฟซบุ๊ก	ความถี่	ร้อยละ
ติดตามข้อมูลข่าวสารองค์กร	126	9.7
ติดตามข้อมูลข่าวส่วนบุคคลของผู้อื่น	140	10.8
สนทนา	215	16.6
อ่านและแสดงความคิดเห็น	167	12.9
ค้นคว้า/ แสวงหาข้อมูล	118	9.1
การศึกษา	107	8.2
นำเสนอข้อมูลข่าวสาร/ กิจกรรมความเคลื่อนไหวขององค์กร	57	4.4
นำเสนอข้อมูลข่าวสาร/ กิจกรรมความเคลื่อนไหวของตนเอง	49	3.8
ค้นหากลุ่มเพื่อนที่มีความชื่นชอบสิ่งๆ เหมือน ๆ กัน	85	6.5
การดาวน์โหลด/ แลกเปลี่ยน/ ถ่ายโอนข้อมูลต่างๆ	73	5.6
ซื้อขายสินค้า/ บริการออนไลน์	43	3.3
ความบันเทิง	116	8.9
อื่นๆ	3	0.2
รวม	1299	100

* ตอบได้มากกว่ากว่า 1 ข้อ

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใช้บริการสื่อเฟซบุ๊กในกิจกรรม สนทนา ร้อยละ 16.6 รองลงมาเป็นการอ่าน และแสดงความคิดเห็น ร้อยละ 12.9 ติดตามข้อมูลข่าวส่วนบุคคลของผู้อื่น ร้อยละ 10.8 ติดตามข้อมูลข่าวสารองค์กร ร้อย

ละ 9.7 ค้นคว้า/แสวงหาข้อมูลร้อยละ 9.1 ความบันเทิง ร้อยละ 8.9 การศึกษาร้อยละ 8.2 ค้นหากลุ่มเพื่อนที่มีความชื่นชอบ
 สิ่งๆที่เหมือนๆกันร้อยละ 6.5 การดาวน์โหลด/แลกเปลี่ยน/ถ่ายโอนข้อมูลต่างๆ ร้อยละ 5.6 นำเสนอข้อมูลข่าวสาร/
 กิจกรรมความเคลื่อนไหวขององค์กรร้อยละ 4.4 นำเสนอข้อมูลข่าวสาร/กิจกรรมความเคลื่อนไหวของตนเอง ร้อยละ 3.8
 ซื้อขายสินค้า/บริการออนไลน์ร้อยละ 3.3 และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 0.2 ตามลำดับ

1.2 การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยรวมทุกด้าน

การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก	\bar{X}	SD	แปลความ
1. ด้านการรับรู้	3.77	0.70	มาก
2. ด้านความเข้าใจ	3.62	0.63	มาก
3. ด้านการวิเคราะห์	3.56	0.69	มาก
4. ด้านการประเมิน	3.54	0.70	มาก
รวม	3.62	0.62	มาก

จากตารางที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยรวมและรายด้าน
 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า สามารถเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านการรับรู้ ($\bar{X} = 3.77$) ด้าน
 ความเข้าใจ ($\bar{X} = 3.62$) ด้านการวิเคราะห์ ($\bar{X} = 3.56$) และด้านการประเมิน ($\bar{X} = 3.54$) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร ใน
 เขตอำเภอเมือง จังหวัดเลยจำนวน 297 รูป ได้ผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณร อำเภอเมือง จังหวัดเลย

โดยใช้ t-test

สถานภาพ	N	Mean	SD	t	Sig
พระภิกษุ	102	3.77	0.49	3.10*	0.02
สามเณร	195	3.54	0.66		
มหานิกาย	228	3.68	0.56	1.88	0.14
ธรรมยุติ	69	3.60	0.65		
รวม	297				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

จากตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย จำแนกตามสถานภาพ พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพระภิกษุมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กมากกว่าสามเณร แต่เมื่อจำแนกตามสังกัด พบว่า พระภิกษุกับสามเณรที่สังกัดทั้ง มหานิกายและธรรมยุติมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย โดยใช้ ไคสแควร์

เปรียบเทียบการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก	N	Mean	Chi-Square	Sig.
อายุพรรษา				
ต่ำกว่า 1 พรรษา	117	3.50	11.11	.01
1 พรรษา – ไม่เกิน 3 พรรษา	68	3.68		
3 พรรษา – ไม่เกิน 5 พรรษา	60	3.67		
5 พรรษาขึ้นไป	52	3.78		
วุฒิการศึกษาสายสามัญ				
ระดับประถมศึกษา	14	3.54	12.63	.01
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	129	3.57		
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	83	3.81		
ระดับปริญญาตรี	66	3.40		
ระดับปริญญาโทขึ้นไป	5	3.86		
วุฒิการศึกษาทางธรรม				
ไม่มีวุฒิ	215	3.59	6.94	.07
นักธรรมตรี	32	3.59		
นักธรรมโท	24	3.66		
นักธรรมเอก	32	3.89		
วุฒิการศึกษามหาวิทยาลัย				
ไม่มีวุฒิ	262	3.60	9.73	.05
ปริญญาธรรม 1 – 2	18	3.92		
ปริญญาธรรม 3	6	3.90		
ปริญญาธรรม 4	6	4.00		
ปริญญาธรรม 5 - 9	5	3.05		
ตำแหน่งทางการปกครอง				
ไม่มีตำแหน่ง	237	3.60	18.79	.00
ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	17	3.50		

เปรียบเทียบการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก	N	Mean	Chi-Square	Sig.
เจ้าอาวาส	18	3.92		
ผู้ช่วยเจ้าคณะตำบล	8	3.26		
เจ้าคณะตำบล	10	4.15		
อื่น ๆ	7	4.2		
Total	297	3.62		

จากตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรจังหวัดเลย จำแนกตามอายุพรรษา พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีอายุพรรษาระหว่าง 1 พรรษา – ไม่เกิน 3 พรรษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มที่มีอายุพรรษา ต่ำกว่า 1 พรรษามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ผลการเปรียบเทียบจำแนกตามวุฒิการศึกษาทางโลก พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ผลการเปรียบเทียบ จำแนกตามวุฒิการศึกษาทางธรรม พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กไม่แตกต่างกัน ผลการเปรียบเทียบจำแนกตามวุฒิการศึกษาบาลี พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการ

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม的开รับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย

	การรู้เท่าทันสื่อ							
	การรับรู้		ความเข้าใจ		การวิเคราะห์		การประเมิน	
พฤติกรรม	Value	Asymp.Sig.	Value	Asymp.Sig.	Value	Asymp.Sig.	Value	Asymp.Sig.
การเปิดรับสื่อเฟซบุ๊ก		(2-sided)*		(2-sided)*		(2-sided)*		(2-sided)*
ระยะเวลา	191.41	.00	139.31	.00	147.70	.00	112.60	.08

รู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีการศึกษาบาลีเปรียญธรรม 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มที่มีการศึกษาบาลีเปรียญธรรม 5 – 9 มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และผลการเปรียบเทียบจำแนกตามตำแหน่งทางการปกครอง พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีตำแหน่งอื่น ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มที่มีตำแหน่งผู้ช่วยเจ้าคณะตำบลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก

สมมุติฐานที่ 2 การหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 297 รูป ได้ผลการศึกษา ดังนี้

ตั้งแต่เริ่ม								
ใช้งาน								
ความถี่ใน								
การใช้ต่อ	136.38	.00	131.91	.00	147.55	.00	122.6	.02
สัปดาห์							4	
ระยะเวลา								
การใช้ต่อ	130.31	.00	119.50	.00	150.11	.00	148.6	.00
วัน							0	
สถานที่ใช้								
	87.94	.01	64.96	.19	99.79	.00	101.1	.00
							9	

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกาเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย พบว่าพฤติกรรมกาเปิดรับสื่อทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรับรู้ พบว่า พฤติกรรมกาเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กทั้งด้านระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสมัครใช้งาน ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการใช้ต่อวัน และสถานที่ใช้มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านความเข้าใจ พบว่า พฤติกรรมกาเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กทั้งด้านระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสมัครใช้งาน ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ และระยะเวลาการใช้ต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสถานที่ที่ใช้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก ด้านการวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมกาเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กมีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และด้านการประเมิน พบว่า พฤติกรรมกาเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กทั้งด้านความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการใช้ต่อวัน และสถานที่ใช้มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสมัครใช้งาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมกาเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มเล่นสื่อเฟซบุ๊กมาเป็นระยะเวลา 1 – 2 ปี การใช้สื่อเฟซบุ๊กในรอบหนึ่งสัปดาห์ใช้ทุกวัน ใช้วันละ 30 นาที – 59 นาที โดยเป็นการใช้ในบริเวณกุฏิ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการสื่อสารทางสังคมออนไลน์เข้ามามีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย โดยเฉพาะการใช้ในการศึกษาเพื่อเป็นการสืบค้นข้อมูลในการเรียนซึ่งพระสังฆาธิการในจังหวัดเลยได้ให้การสนับสนุนให้พระสงฆ์สามเณรได้ศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนั้นพระสงฆ์ยังใช้เฟซบุ๊กในการแจ้งข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ในกิจการคณะสงฆ์ด้วย สอดคล้องกับ ฉันทา ฉางชูโต (2553)³ ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ภายใต้กระแส Social Network พฤติกรรมกาสื่อสารผ่าน“เครือข่ายสังคม”(Social Network) ของผู้บริโภคที่เพิ่มมากขึ้นทำให้หลายองค์กรธุรกิจในประเทศไทยหันมาใช้เครือข่ายสังคมเป็นเครื่องมือในการประชาสัมพันธ์ที่จะช่วยเสริมสื่อประชาสัมพันธ์แบบออฟไลน์(Offline)ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สำหรับกลยุทธ์ประชาสัมพันธ์ผ่าน Social

Network ประเด็นเนื้อหาส่วนใหญ่ ได้แก่ ความเคลื่อนไหวขององค์กรเรื่องราวของธุรกิจ วิสัยทัศน์ของผู้บริหาร คุณค่าของสินค้าหรือบริการ และกิจกรรมต่างๆ โดยรูปแบบ Social Network ที่นิยมในประเทศไทย ประกอบด้วยบล็อก (Blog) ทวิตเตอร์ (Twitter) วิกิพีเดีย (Wikipedia) เฟซบุ๊ก (Facebook) และ เว็บบูทูป (Youtube) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวที่สามารถให้ข้อมูลข่าวสาร สร้างการมีส่วนร่วมสร้างความผูกพันระหว่างองค์กรกับผู้ที่เกี่ยวข้องอันนำมาชื่อเสียง ภาพลักษณ์ และการสนับสนุนองค์กรและสินค้าในที่สุด

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากเข้าใช้บริการสื่อเฟซบุ๊กช่วงเวลา 17.00 – 20.00 น. รองลงมาเป็นเวลา 09.00 – 12.00 น. หลัง 24.00 น. เป็นต้นไปมีการเข้าใช้น้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาส่วนตัวของพระภิกษุและสามเณร หลังจากการทำวัตรเย็นถึงเวลาก่อนนอนสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณา ศรีสิทธิพันธ์ (2545)¹¹ เรื่อง ความคิดเห็นและพฤติกรรมเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ มีความถี่ในการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตในระยะเวลา 17.01 – 24.00 น.

การเข้าใช้บริการสื่อเฟซบุ๊ก ส่วนใหญ่ในกิจกรรม สนทนา รองลงมาเป็นการอ่านและแสดงความคิดเห็น ติดตามข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประโยชน์เบื้องต้นของสื่อ Facebook คือการสื่อสารกันของผู้คน การสนทนาผ่านสื่อ Facebook เป็นจุดประสงค์หลักของการสมัครเข้าใช้งาน โดยเป็นการลดการใช้โทรศัพท์ที่ต้องมีค่าใช้จ่ายคิดเป็นนาที ดังที่ อรรพรรณ วงศ์แก้วโพธิ์ทอง (2553) ได้ศึกษา Social Media เครื่องมือเพิ่มศักยภาพทางธุรกิจ พบว่า Social Media เป็นสื่อดิจิทัลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่ได้รับความนิยม มีการใช้งานง่ายสะดวก รวดเร็ว ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีความยืดหยุ่น ทำให้ผู้ใช้งานออนไลน์สามารถแลกเปลี่ยน

แบ่งปันข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน ในสังคมได้ Social Media ที่ใช้กันในปัจจุบันมีหลายประเภท ได้แก่ Blog, Social Networking, Micro Blog, Media Sharing และ Online Forums ด้วยเหตุนี้จึงทำให้บริษัทต่างๆ นำมาใช้เป็นเครื่องมือเพิ่มศักยภาพในการประกอบธุรกิจ การทำการตลาด การประชาสัมพันธ์ การสร้างแบรนด์ และการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า

2. การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

พระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย รู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กทั้งโดยรวม และในแต่ละด้าน ทั้งด้านการรับรู้ ด้านความเข้าใจ ด้านการวิเคราะห์ และด้านการประเมินมีการรู้เท่าทันสื่ออยู่ระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในช่วงหลายปีมานี้ข่าวพระภิกษุและสามเณรในทางเสื่อมเสีย ได้ถูกโพสต์เผยแพร่ในทางโลกอินเทอร์เน็ตเป็นจำนวนมาก ทำให้มีการตั้งเตือนถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการประชุมพระสังฆาธิการ เพื่อให้กำชับพระลูกวัดต่าง ๆ รวมถึงการระมัดระวังการใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะ Facebook และ Line เพื่อป้องกันการเกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีของคณะสงฆ์ ซึ่งถือเป็นเรื่องอ่อนไหวในความรู้สึกของศาสนิกชน ดังเช่นการศึกษาของ อนุรัักษ์ สบายสุข (2552)¹². ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของพุทธศาสนิกชนต่อข่าวสารพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์ โดยได้ทำการศึกษาพุทธศาสนิกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า เพศชาย และที่สมรสแล้วมีความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์สูงกว่า การนำเสนอข่าวผ่านทางหนังสือพิมพ์โดยการใช้ภาษาที่รุนแรงและการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้คนของรายการโทรทัศน์มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อ เฟซบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อ
เฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย
จำแนกตามสถานภาพ พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการ
รู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 โดยพระภิกษุมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กมากกว่า
สามเณร ทั้งนี้เป็นเพราะว่า สามเณรนั้นยังอยู่ในช่วงวัยรุ่น
ตอนต้น ทำให้การใช้วิจารณญาณยังไม่มากพอ รวมทั้ง
เป็นช่วงวัยที่กำลังเรียนรู้และมีความอยากรลอง การ
แสดงออกจึงค่อนข้างตรงไปตรงมา ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่ง
ที่สามเณรจะต้องได้รับการดูแลและการอบรมสั่งสอน
อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการมีพระพี่เลี้ยงในการรับผิดชอบ
ดูแล หรือการจำวัดพักอาศัยในวัดที่มีเพื่อนสามเณร
ด้วยกัน และพระผู้ปกครองก็มีผลต่อการปรับตัวของ
สามเณรด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของพระสรพงษ์
สอนทวี (2554)⁷ พบว่า สามเณรที่มีพระพี่เลี้ยงดูแลกับไม่
มีพระพี่เลี้ยงดูแล มีการปรับตัวในด้านรวมและด้านอัต
มโนทัศน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 โดยสามเณรที่มีพระพี่เลี้ยงดูแล มีการปรับตัวในด้าน
รวมและด้านอัตมโนทัศน์ สูงกว่าสามเณรที่ไม่มีพระพี่
เลี้ยงดูแล และสามเณรที่มีสภาพการพักอาศัย(จำวัด)
ต่างกัน มีการปรับตัวในด้านร่างกาย ด้านบทบาทและ
หน้าที่ และ ด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามเณรที่ จำวัด
อยู่กับเพื่อนสามเณร มีการปรับตัวในด้านร่างกายสูงสุด
และ สามเณรที่ จำวัดอยู่กับ พระผู้ปกครองหรือพระภิกษุ
มีการปรับตัวด้านบทบาทและหน้าที่ และ ด้านการพึ่งพา
ซึ่งกันและกันสูงสุด

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อ
เฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย

จำแนกตามสังกัด พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่า
ทันสื่อเฟซบุ๊กไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า
ในช่วงหลายปีมานี้ข่าวพระภิกษุและสามเณรในทางเสื่อม
เสีย ได้ถูกโพสต์เผยแพร่ในทางโลกอินเทอร์เน็ตเป็น
จำนวนมาก ทำให้มีการดักเตือนถึงพฤติกรรมที่ไม่
เหมาะสมในการประชุมพระสังฆาธิการเพื่อให้อำนาจพระ
ลูกวัดต่าง ๆ รวมถึงการระดมระงับการใช้สื่อทาง
อินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะ Facebook และ Line เพื่อป้องกันการ
เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ดีของคณะสงฆ์ ซึ่งถือเป็นเรื่อง
อ่อนไหวในความรู้สึกของศาสนิกชน ดังเช่น การศึกษา
ของ อนุรักษย์ สบายสุข (2552)¹² ได้ศึกษาเกี่ยวกับความ
คิดเห็นของพุทธศาสนิกชนต่อข่าวสารพฤติกรรมที่ไม่
เหมาะสมของพระสงฆ์ โดยได้ ทำการศึกษา
พุทธศาสนิกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน
พบว่า เพศชาย และที่สมรสแล้วมีความคิดเห็นเกี่ยวกับ
พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์สูงกว่า การ
นำเสนอข่าวผ่านทางหนังสือพิมพ์โดยการใช้ภาษาที่
รุนแรงและการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้คนของ
รายการโทรทัศน์มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์พฤติกรรมที่
ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์ และนฤมล เวียงสารวิน
(2533)⁴ ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของพระสงฆ์ไทยที่พึง
ประสงค์ในปัจจุบัน: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและ
ชัยภูมิ พบว่า ลักษณะที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์คือ การ
ปรับตัวของพระสงฆ์ให้อยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้
อย่างเหมาะสม และปฏิบัติตนอยู่ในพระธรรมวินัยอย่าง
เคร่งครัด

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อ
เฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย
จำแนกตามอายุพรรษา พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการ
รู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .01 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีอายุพรรษา
ระหว่าง 1 พรรษา – ไม่เกิน 3 พรรษามีค่าเฉลี่ยสูงสุด และ

กลุ่มที่มีอายุพรรษา ต่ำกว่า 1 พรรษามีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า พระภิกษุและสามเณรที่เพิ่งเข้าสู่วัยสาว พัสตร์ ยังไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับธรรม หรือวิธีการเจริญสมาธิ ทำให้การใช้สื่อและการรู้ทันสื่อเฟซบุ๊กยังขาดประสิทธิภาพ ทั้งนี้สื่อ Facebook มีความเสี่ยงมากอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดารัตน์ บวรบริหาร (2548)² ทำการศึกษาความรู้เท่าทันสื่ออินเทอร์เน็ต การประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานครเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 ชุด และทำการสนทนากลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เท่าทันสื่อระดับต่ำ ประเมินว่า อินเทอร์เน็ตมีความเสี่ยงสูง และมีพฤติกรรมในการป้องกันตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย จำแนกตามวุฒิการศึกษาทางโลก พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า พระภิกษุและสามเณรที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปมีวุฒิภาวะ และความรู้ที่พอจะรู้ทันสื่อ ดังที่ จินดารัตน์ บวรบริหาร (2548)² ทำการศึกษาความรู้เท่าทันสื่ออินเทอร์เน็ต การประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยลักษณะทางประชากร ทั้งเกรดเฉลี่ย รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ระยะเวลาและประสบการณ์ในการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับความรู้เท่าทันสื่ออินเทอร์เน็ต

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย จำแนกตามวุฒิการศึกษาทางธรรม พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ธรรมศึกษา เป็นหลักการปฏิบัติที่เป็นกลาง ๆ เป็นหลักของชีวิต ซึ่งได้มีการเรียนรู้ในชีวิตประจำวัน และระบบการศึกษาสายสามัญอยู่แล้ว ดังเช่น เจ้าประคุณสมเด็จพระวันรัต แม่กองธรรมสนามหลวง (2557)⁹ กล่าวว่า ธรรมศึกษา หมายถึง ข้อปฏิบัติที่เป็นหลักของชีวิต ดังนั้น ธรรมศึกษา ก็คือการศึกษาข้อปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของทุกคน ใน โลกนี้ มิใช่เฉพาะพุทธศาสนิกชนเท่านั้น แต่ทุกคน ทุกศาสนาในโลก ต้องศึกษา ต้องรู้หลักปฏิบัติ เพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดเป็นความสุขความเจริญในชีวิต เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ต่อสังคมส่วนรวม ประเทศชาติ และชาวโลก การเรียนธรรมศึกษาจึงต้องเรียนให้รู้ ให้สามารถพิจารณาให้เห็นจริงตามหลัก คือการมองให้รู้ว่า ปฏิบัติเช่นนี้แล้ว ได้ผลจริงหรือไม่ หรือปฏิบัติแล้ว เกิดประโยชน์เช่นไร

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย จำแนกตามวุฒิการศึกษาบาลี พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีการศึกษบาลีเปรียญธรรม 4 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มที่มีการศึกษบาลีเปรียญธรรม 5 – 9 มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า ประสบการณ์การใช้งานสื่อเฟซบุ๊กของพระภิกษุกับสามเณรกลุ่มที่มีการศึกษบาลีเปรียญธรรม 5 – 9 มีน้อย เพราะเป็นกลุ่มพระภิกษุสามเณรที่ไม่ค่อยใช้งานสื่อเฟซบุ๊กเนื่องจากส่วนมากเป็นพระที่มีภาระหน้าที่อื่น ๆ เยอะ การเข้าใช้งานโดยส่วนมากจะนาน ๆ ครั้ง และใช้ในระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กจะน้อยมาก ซึ่งจะทำไมกล้าสื่อเฟซบุ๊กเท่าไร ซึ่งสอดคล้องกับ

งานวิจัยของ Nosko, et al. (2010)¹⁴ พบว่า ประสพการณ์ในการใช้งานมีผลต่อการไม่เปิดเผยข้อมูลที่เป็นส่วนตัว สอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่นิสิตร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นว่า ประสพการณ์การใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์มีผลต่อระดับจริยธรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

การเปรียบเทียบความแตกต่างของการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย จำแนกตามตำแหน่งทางการปกครอง พบว่า พระภิกษุกับสามเณรมีการรู้เท่าทันสื่อ Facebook แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพระภิกษุและสามเณรที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ประกอบด้วย เจ้าคณะอำเภอ และรองเจ้าคณะอำเภอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มที่มีตำแหน่งผู้ช่วยเจ้าคณะตำบลมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพระที่มีตำแหน่งทางปกครองจะเป็นผู้ดูแลกดขัน ความประพฤติ รวมถึงพฤติกรรมการใช้งานสื่ออินเทอร์เน็ตไปในตัว เพราะในการประชุมพระสังฆาธิการ จะได้รับมอบหมายและกำชับเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะ Facebook และ Line แต่ไม่ได้ห้ามให้เล่น สอดคล้องกับ พระมหาวิชัย (ว.วิชัยเมธี) (2553)⁶ ได้กล่าวไว้ว่า การแก้ปัญหาพระเล่นเฟชบุ๊กไม่เหมาะสม จะต้องเน้นพัฒนาพระสงฆ์ สามเณรให้รู้จักการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และต้องไม่ทำให้กระทบต่อวิถีชีวิตศรัทธาของประชาชน ซึ่งประชาคมเฟชบุ๊กและประชาชนทั่วไปหากพบเห็นก็ต้องช่วยกันดูแลกระตุ้นเตือน ช่วยกันแก้ไขสิ่งที่ไม่เหมาะสม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย ในระดับรับรู้ พบว่า พฤติกรรมกร

เปิดรับสื่อเฟชบุ๊กทั้งด้านระยะเวลาใช้งาน ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการใช้ต่อวัน และสถานที่ใช้มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการใช้การใ้ใช้งานเฟชบุ๊กทั้งระยะเวลาใช้งาน ความถี่ในการใช้งาน จะทำให้ผู้ใช้งานสื่อเฟชบุ๊กมีประสพการณ์และสามารถรู้เท่าทันสื่อได้เป็นอย่างดี ดังที่ นริรัตน์ สุวรรณาวารี (2546)⁵ ได้ศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่า ตัวแปรเพศ สถานศึกษา คณะ สาขา ประสพการณ์ในการใช้ การเป็นสมาชิกของระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย ในระดับเข้าใจ พบว่า พฤติกรรมกรเปิดรับสื่อเฟชบุ๊กทั้งด้านระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสมัครใช้งาน ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ และระยะเวลาการใช้ต่อวัน มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนสถานที่ใช้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า สถานที่ใช้ต่างกัน การใช้สื่อเฟชบุ๊กของพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลยไม่ได้สำคัญในเนื้อหาสาระการใช้สื่อเฟชบุ๊ก สอดคล้องกับ กฤษณ์ แซนทวี (2553)¹ ทำการศึกษาพฤติกรรมกรเปิดรับและระดับการรู้เท่าทันสื่อของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรู้เท่าทันสื่อในระดับที่ 2 คือ ระดับความเข้าใจ ซึ่งผู้รับสารยังไม่สามารถวิเคราะห์ และประเมินค่าความหมายตรงที่สื่อนำเสนอได้

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรเปิดรับสื่อกับการรู้เท่าทันสื่อเฟชบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและสามเณร จังหวัดเลย ในระดับวิเคราะห์ พบว่า พฤติกรรมกรเปิดรับสื่อเฟชบุ๊กทั้งด้านระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสมัครใช้

งาน ความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการใช้ต่อวัน และสถานที่ใช้มีความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่า ในระดับการวิเคราะห์ของการรู้เท่าทันสื่อเป็น ความสามารถของพระภิกษุและสามเณรในเขตอำเภอ เมือง จังหวัดเลยในการใช้สื่อเฟซบุ๊กในระดับแยกแยะถึง ข้อดี ข้อเสีย ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และมองถึงความ ปลอดภัยในการใช้สื่อเฟซบุ๊กดังที่ จินดารัตน์ บวรบริหาร (2548)² ทำการศึกษาความรู้เท่าทันสื่ออินเทอร์เน็ต การ ประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมปกป้องกันตัวเองของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เท่าทันสื่อระดับต่ำ ประเมิน ว่า อินเทอร์เน็ตมีความเสี่ยงสูง และมีพฤติกรรมในการ ปกป้องกันตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาถึง ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เท่าทันสื่ออินเทอร์เน็ตไม่มี ความสัมพันธ์กับการประเมินความเสี่ยงบนอินเทอร์เน็ต

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการเปิดรับสื่อกับ การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุและ สามเณร จังหวัดเลย ในระดับประเมิน พบว่า พฤติกรรม การเปิดรับสื่อเฟซบุ๊กทั้งด้านความถี่ในการใช้ต่อสัปดาห์ ระยะเวลาการใช้ต่อวัน และสถานที่ใช้มีความสัมพันธ์กับ การรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสมัครใช้งาน ไม่มี ความสัมพันธ์กับการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊กทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่า ความสามารถของพระภิกษุและสามเณรในเขต อำเภอเมือง จังหวัดเลยในการใช้สื่อเฟซบุ๊กในระดับเลือก สิ่งที่เป็นคุณประโยชน์การใช้สื่อเฟซบุ๊กกว่าสามารถส่งผล ดีมีประโยชน์ต่อตัวเองนั้นเป็นเรื่องของการใช้สติ และ ความสามารถในการใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา มา ใช้ในการแยกแยะถึงประโยชน์ที่ได้จากสื่อเฟซบุ๊กดังนั้น ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสมัครใช้งานสื่อเฟซบุ๊กจึงไม่ใช่ปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการรู้เท่าทันสื่อในระดับประเมิน ดังเช่น วิ

สาลักษณ์ สิทธิขุนทด (2551)⁸ ทำการพัฒนาโมเดลเชิง สาเหตุของการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น พื้นฐานกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า สำหรับ โมเดลเชิงสาเหตุของการรู้เท่าทันสื่อ โดยภาพรวม ประกอบด้วย ตัวแปรปัจจัย 2 ประเภท ตัวแปรที่มีอิทธิพล ทางตรงต่อการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียน ได้แก่ ปัจจัยด้าน พฤติกรรมการเปิดรับสื่อ ปัจจัยด้านผลสัมฤทธิ์ทางการ เรียน ปัจจัยด้านพฤติกรรมการอ่าน ปัจจัยด้านฐานะทาง เศรษฐกิจ และสังคมและปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของ ผู้ปกครองต่อการเปิดรับสื่อของนักเรียน ส่วนตัวแปรที่มี อิทธิพลทางอ้อมต่อการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียน ได้แก่ ปัจจัยด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ปัจจัยด้านพฤติกรรมการอ่าน ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อการเปิดรับสื่อ ของนักเรียนผ่านปัจจัยด้านพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ด้านการรับรู้ พระภิกษุและสามเณร อำเภอเมือง จังหวัดเลยพระสงฆ์ สามเณรควรมีการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร/ กิจกรรมความ เคลื่อนไหวขององค์กรมากขึ้นเพื่อช่วยในการสื่อสารและ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลของวัด ให้นุคคลภายในและ ภายนอกได้รับทราบ รวมถึงการนำเฟซบุ๊กมาใช้ ประโยชน์ในการเผยแพร่พระพุทธศาสนา หลักธรรม โดย ใช้ช่องทางเฟซบุ๊ก เช่น การถ่ายทอดสด (Facebook Live) เป็นต้น

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ด้านความเข้าใจ พระ สงฆ์จังหวัดเลย ควรมีการกำกับพระสงฆ์สามเณร ในการใช้สื่อเฟซบุ๊กในทางที่เหมาะสม รวมทั้งการ กำหนดเวลา สถานที่ ในการใช้ให้ชัดเจน ป้องกันการใช้ที่

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ไม่เหมาะสม เพื่อไม่ให้กระทบถึงภาพลักษณ์ของตนเอง และคณะสงฆ์

1.3 จากผลการวิจัยพบว่า ด้านการวิเคราะห์ พระสงฆ์สามเณรควรได้รับการฝึกอบรมให้ใช้เฟซบุ๊กที่สื่อขึ้นไหนด แหล่งใดที่น่าเชื่อถือ สื่ออันไหนไม่น่าเชื่อถือ โดยการนำหลักธรรมของพระพุทธศาสนามาช่วยในการวิเคราะห์และพิจารณา

1.4 จากผลการวิจัยพบว่า ด้านการประเมิน พระสงฆ์สามเณรควรเลือกเป็นเพื่อนกับผู้ใช้เฟซบุ๊กคนอื่น ๆ ที่ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ อุดมการณ์ แบบแผน ความคิดเป็นประโยชน์ต่อสังคม ประเทศชาติและ

พระพุทธศาสนา พระสงฆ์สามเณรควรเลือกการโพสต์ข้อความ รูปภาพที่เหมาะสม ทำให้ภาพลักษณ์ของความเป็นสมณะเพศมีความสง่างาม น่าเลื่อมใส

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการเปิดบริการใช้ประโยชน์ของสื่อสังคมออนไลน์อื่น ๆ เช่น ไลน์ (Line)

2.2 ควรศึกษาการรับรู้และทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2.3 ควรศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้หลักธรรมเพื่อการรู้เท่าทันสื่อเฟซบุ๊ก

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณ์ช แซนทวิ. (2553). พฤติกรรมการเปิดรับและระดับการรู้เท่าทันสื่อของเยาวชนในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวชิราวุธวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.
- จินดารัตน์ บวรบริหาร. (2548). ความรู้เท่าทันสื่ออินเทอร์เน็ต การประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันตัวเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัฐา ฉางชูโต. (2553). กลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ภายใต้กระแส Social Network. Executive Journal, 174-183.
- นฤมล เวียงสารวิน. (2533). ลักษณะของพระสงฆ์ไทยที่พึงประสงค์ในปัจจุบัน: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและชัยภูมิ. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต สาขาศาสนาเปรียบเทียบ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริรัตน์ สุวรรณวาริ. (2543). พฤติกรรมจริยธรรมในเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของนักเรียนระดับอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาเทคโนโลยีทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พระมหาวุฒิชัย (ว.วชิรเมธี). (2553). ท่าน ว.วชิรเมธี เผย พระเล่นเฟซบุ๊กได้. แหล่งอ้างอิง <http://news.mthai.com/hot-news/general-news/93071.html> สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2559.
- พระสรพงษ์ สอนทวิ. (2554). สภาพแวดล้อมทางบ้าน วัด โรงเรียน และลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของสามเณรในกลุ่มโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิสาลักษณ์ สิทธิขุนทด. (2551). การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของการรู้เท่าทันสื่อของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเด็จพะวันรัต (จันทบุรี หุมภูโต). (2557). MOU ธรรมศึกษา. แหล่งอ้างอิง http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=38138&Key=news_act สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2559
- สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดเลย. (2558). ทะเบียนวัดจังหวัดเลย. แหล่งสืบค้น http://lei.onab.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=436&Itemid=115 สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2558.
- อรอุมา ศรีสิทธิพันธ์. (2545). ความคิดเห็นและพฤติกรรมเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

12. อนุรักษ์ สบายสุข. (2552). ความคิดเห็นของพุทธศาสนิกชนต่อข่าวสารพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของพระสงฆ์. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
13. Buckingham, D. (2003). *Media Education: Literacy, Learning and Contemporary*. Blackwell. U.K.
14. Nosko, A., Wood, E., & Molema, S. (2010). All about me: Disclosure in online social networking profiles: The case of facebook. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 406-418.

การศึกษาภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

A STUDY OF CROSS-CULTURAL LEADERSHIP OF HEAD NURSE

ธิดารัตน์ องค์กร¹, วาสิณี วิเศษฤทธิ์²

Thidarat Ongkan , Wasinee Wisestrith

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาลและความเชี่ยวชาญทางการศึกษาวิจัย และผลงานทางด้านวัฒนธรรมในบริบทสุขภาพและการพยาบาลผู้รับบริการมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมจำนวน 19 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการแผนก ผู้ช่วยผู้จัดการแผนก หัวหน้าแผนก หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน 11 คน กลุ่มนักวิชาการพยาบาล/อาจารย์ 3 คน กลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ 3 คน กลุ่มผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ 2 คน วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 รอบ คือ รอบที่ 1 สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย รอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย และรอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ จัดทำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็น เพื่อสรุปผลภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน 38 ข้อย่อย ดังนี้ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล 7 ข้อย่อย (Md = 4.23 – 4.70, IR = 0.29 – 0.95) 2) ด้านการสื่อสารในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรม 7 ข้อย่อย (Md = 4.18– 4.63, IR = 0.37 – 0.95) 3) ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างทีมในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม 11 ข้อย่อย (Md = 4.11 – 4.70, IR = 0.29 – 0.95) 4) ด้านการสร้างความสำเร็จและการยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม 7 ข้อย่อย (Md = 4.36 – 4.72, IR = 0.28 – 0.86) 5) ด้านการส่งเสริม ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในการทำงาน 6 ข้อย่อย (Md = 4.18– 4.53, IR = 0.47 – 0.86)

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ, ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรม

Abstract

The objective of this study was to examine the cross-cultural leadership of head nurses based on the Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) technique. The sample was composed of 19 experts in nursing management who had expertise in cultural research and achievements in health contexts and care for service recipients with cultural diversity. 11 experts came from the nursing administration group; 3 experts came from the nursing academic/professor group; 3 experts came from the registered nurse group involved in caring for foreign patients and 2 experts came from the multi-disciplinary group.

The research methodology was divided into three rounds. In Round 1, the researcher interviewed the experts for opinions concerning cross-cultural leadership in head nurses. In Round 2, the researcher used the data obtained from the interviews in content analysis and created questionnaires for the experts to estimate significant trends in cross-cultural leadership among head nurses. And in Round 3, the researcher used the data obtained from Round 2 to calculate median and interquartile range for the preparation of questionnaires for experts to confirm opinions in order to summarize the results regarding cross-cultural leadership among head nurses. According to the findings, cross-cultural leadership in head nurses consisted of the following 5 areas 38 items: 1) Personal characteristics: 7 items (Md = 4.23 – 4.70, IR = 0.29 – 0.95). 2) Communication in the context of cultural diversity: 7 items (Md = 4.18– 4.63, IR = 0.37 – 0.95). 3) Empowerment

¹ นิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย / อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

and team-building to care for service recipients of diverse cultures: 11 items (Md = 4.11 – 4.70, IR = 0.29 – 0.95).4) Building of understanding and acceptance of cultural differences: 7 items (Md = 4.36 – 4.72, IR = 0.28 – 0.86).5)Promotion of creative ideas and work innovations: 6 items (Md = 4.18– 4.53, IR = 0.47 – 0.86).

KEYWORDS : Leadership, Cross-cultural leadership

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมในยุคศตวรรษที่ 21 การรวมกลุ่มของคนต่างวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น การรวมตัวของประชาคมอาเซียนที่กำลังดำเนินการอยู่ รวมทั้งยุคโลกไร้พรมแดนที่การสื่อสารสามารถเชื่อมโยงถึงกันทำให้กลุ่มคนที่ทำงานมีความหลากหลายมากขึ้นมาก Dubrin⁽³⁾ ทำให้เกิดสังคมพหุวัฒนธรรมมีการติดต่อกันมากขึ้น ซึ่งภายหลังปี พ.ศ.2558 ที่ผ่านมามีการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างสมบูรณ์ ในวิชาชีพการพยาบาลมีการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่ส่งผลให้บริบทของระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้รับบริการที่มาจากต่างประเทศมีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งด้านวัฒนธรรม ภาษา ศาสนา การเปิดเสรีในการลงทุนและการเคลื่อนย้ายบุคลากรทำให้มีชาวต่างชาติมาลงทุนมากขึ้น มีบุคลากรทางสุขภาพจากประเทศอื่นเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น ในการบริการข้ามพรมแดนจะส่งผลให้องค์กรสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น เพื่อรองรับความต้องการของผู้รับบริการและบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงของโลกและสังคมในยุคศตวรรษที่ 21 การรวมกลุ่มของคนต่างวัฒนธรรมเพิ่มขึ้น การรวมตัวของประชาคมอาเซียนที่กำลังดำเนินการอยู่ รวมทั้งยุคโลกไร้พรมแดนที่การสื่อสารสามารถเชื่อมโยงถึงกันทำให้กลุ่มคนที่ทำงานมีความหลากหลายเพิ่มขึ้นมาก Dubrin⁽³⁾ ทำให้เกิดสังคมพหุวัฒนธรรมมีการติดต่อกันมากขึ้น ซึ่งภายหลังปี พ.ศ.2558 ที่ผ่านมามีการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างสมบูรณ์ ในวิชาชีพการพยาบาลมีการเปิดเสรีบริการสุขภาพที่ส่งผลให้บริบทของ

ระบบบริการสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้รับบริการที่มาจากต่างประเทศมีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งด้านวัฒนธรรม ภาษา ศาสนา การเปิดเสรีในการลงทุนและการเคลื่อนย้ายบุคลากรทำให้มีชาวต่างชาติมาลงทุนมากขึ้น มีบุคลากรทางสุขภาพจากประเทศอื่นเข้ามาทำงานในประเทศไทยมากขึ้น ในการบริการข้ามพรมแดนจะส่งผลให้องค์กรสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารที่ทันสมัยมากยิ่งขึ้น เพื่อรองรับความต้องการของผู้รับบริการและบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้องค์กรมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ในการปฏิบัติงานในองค์กรผู้นำต้องพบกับสิ่งแวดล้อมการข้ามวัฒนธรรมมากขึ้น ผู้นำต้องตระหนักถึงสิ่งที่ควรปฏิบัติในสภาพแวดล้อมการข้ามวัฒนธรรม เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้นำที่ดี (Hudea, 2014) การศึกษาของ John Frost and Mark Walker (2007) การแสดงคุณลักษณะของผู้นำ ในวัฒนธรรมที่แตกต่าง คุณลักษณะที่ผู้นำแสดงออกบางประการที่คิดว่าดีอาจจะถูกตีความตามกรอบวัฒนธรรมอีกวัฒนธรรมว่าไม่ดีได้ และการทำงานที่สิ่งแวดล้อมการข้ามวัฒนธรรม จะประสบความสำเร็จในการทำงานจะต้องมีการเชื่อมโยงการลงมือปฏิบัติ และการบำรุงรักษาวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม และมีความสร้างสรรค์ในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพในวัฒนธรรมที่หลากหลาย (Simons et al , 1993) ประกอบกับในปัจจุบันการยอมรับนับถือ การมีคุณค่า ศักดิ์ศรีของชีวิตมนุษย์ ความเชื่อ วิถีชีวิตตามวัฒนธรรมของบุคคลและสิทธิมนุษยชนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการประกาศสิทธิของผู้ป่วย ข้อกำหนดตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและข้อกำหนดของรัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทยเพื่อให้เกิดภาพการบริการที่

ตรงตามสภาพปัญหาที่เกิดจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม นอกจากนี้ ในสถานบริการของรัฐยังได้เร่งรัดพัฒนาสถานบริการให้เข้ากับหลักความเชื่อด้านศาสนา วัฒนธรรม และประเพณีของคนในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการพึงพอใจและไม่ขัดกับความรู้สึก ความเชื่อ มากขึ้น⁽¹⁾ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะหัวหน้าหอผู้ป่วย ถือว่าเป็นผู้นำที่สำคัญที่จะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการและเสริมสร้างพลังอำนาจทีมการพยาบาลเพื่อให้องค์กรมีการขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย จะต้องมีความพร้อมในเรื่องความรู้ ความสามารถ มีภาวะผู้นำ ที่จะนำตนเอง ทีมการพยาบาล ผู้รับบริการไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปตามรูปแบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง

ภาวะผู้นำของผู้ผู้นำในยุคประชาคมอาเซียนจะต้องมีสูงกว่าผู้นำที่อยู่ในกลุ่มวัฒนธรรมเดียวกัน ภาวะผู้นำที่จำเป็น ได้แก่ การมีอิทธิพล การสร้างแรงจูงใจ และแรงบันดาลใจให้กลุ่มผู้ตามที่มาจากรวมวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน มีหลากหลายเชื้อชาติ ศาสนา และวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน Dubrin,⁽³⁾ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่แม้สร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับผู้ตามก็ยังไม่เพียงพอในบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป หากผู้นำจะใช้รูปแบบผู้นำการเปลี่ยนแปลง ก็ต้องมีการเปลี่ยนแปลงบนพื้นฐานของความแตกต่างทางวัฒนธรรม จึงจำเป็นต้องศึกษา ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรม แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้บริหารระดับต้นหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยที่จะต้องดูแลผู้ได้บังคับบัญชาบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วย จึงเป็นเรื่องที่ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเพื่อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ คุณลักษณะคุณสมบัติของผู้นำ ในแบบผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราและเอกสารวิชาการต่างประเทศมาเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้น แล้ว

การวิจัยนี้เป็นเรื่องที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อนในประเทศไทย เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ Ethnographic Delphi Futures Research (EDFR) จะช่วยทำให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ที่เกิดจากรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ความรู้ที่ได้จึงเป็นความรู้และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้การบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบ EDFR ในการศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทมติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลและองค์กรวิชาชีพ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล 3 คน หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ช่วยผู้จัดการแผนก หัวหน้าแผนก หัวหน้างาน 8 คน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีถึงระดับปริญญาเอก ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลมากกว่า 2 ปีทุกคน ทำงานโรงพยาบาลรัฐและเอกชนแผนกผู้ป่วยต่างชาติ 2) กลุ่มอาจารย์พยาบาล 3 คน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก มีผลงานทางวิชาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม 3) กลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ดูแลผู้ป่วยต่างชาติ 3 คน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ทำงานในการดูแลผู้ป่วยต่างชาติในแผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งมากกว่า 5 ปีทุกคน 4) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ 2 คน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท มีผลงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยข้ามวัฒนธรรม มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้อง

กับระบบคุณภาพของโรงพยาบาลที่ได้รับรองมาตรฐานรวมทั้งสิ้น 19 คน

วิธีการวิจัย

มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบดังนี้ รอบที่ 1 ผู้ได้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 ท่าน ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 84 วัน รอบที่ 2 เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญให้ระดับความสำคัญของภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญสามารถแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 30 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 19 ฉบับ รอบที่ 3 เป็นการให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมพิจารณาคำตอบของตนเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ก่อนยื่นยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 14 วัน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 19 ฉบับ ทั้ง 3 รอบ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 128 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ใช้ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมโดยการบูรณาการแนวคิดภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ มาบูรณาการเพื่อกำหนดกรอบในการสร้างคำถาม รอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 จัดทำเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับมีจำนวน 5 ด้าน 39 ข้อรายการ รอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามจากวิเคราะห์แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าเช่นเดียวกับรอบ 2 มีจำนวน 5 ด้าน 38 ข้อรายการ โดยแสดง ค่ามัธยฐาน (Median: Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter – quartile range:

IR) และคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนการยื่นยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ได้ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย 5 ด้าน 39 ข้อรายการ รอบที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Md) เป็นค่าที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าการแสดงออกถึงภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่ละด้านมีระดับความสำคัญมากน้อยเพียงใด ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 หมายถึงระดับความสำคัญมากที่สุดค่ามัธยฐาน 3.50-4.49 หมายถึงระดับความสำคัญมาก ค่ามัธยฐาน 2.50-3.49 หมายถึงระดับความสำคัญปานกลาง ค่ามัธยฐาน 1.50-2.49 หมายถึงระดับความสำคัญน้อย ค่ามัธยฐาน 1.00-1.49 หมายถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คนมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) มากกว่า 1 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คนมีความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกันของข้อรายการในแต่ละข้อ หากค่ามัธยฐานที่มีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.00 ซึ่งแสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงข้อรายการให้มีความเหมาะสมชัดเจน และปรับเปลี่ยนสำนวนภาษาให้มีความสอดคล้องครอบคลุม หลังการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน จำนวน 35 ข้อ มีความเห็นไม่สอดคล้องกัน จำนวน 4 ข้อ พิจารณาดัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออก 2 ข้อ พิจารณาเพิ่ม 1 ข้อ สรุปทั้งหมด 5 ด้าน เหลือข้อคำถาม 38 ข้อรายการ รอบที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลเช่นเดียวกับรอบที่ 2 จำนวน 5 ด้าน 38 ข้อรายการ ตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ของข้อมูลผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจนถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา อีกทั้งในการสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 ได้รับการตรวจสอบทั้งความตรงและความเที่ยงตามกระบวนการวิจัยในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล

สรุปและอภิปราย

จากการศึกษาที่เป็นต้นทางของผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันเกี่ยวกับภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ด้าน มีคุณลักษณะย่อย 38 ข้อย่อย ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.11 – 4.72 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ อยู่ในช่วง 0.28 – 0.95 ได้แก่ 1.ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มีคุณลักษณะย่อยจำนวน 7 รายการ (Md = 4.23 – 4.70, IR = 0.29 – 0.95)

(ดังตารางที่ 1) 2. ด้านการสื่อสารในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีคุณลักษณะย่อยจำนวน 7 รายการ (Md = 4.18 – 4.63, IR = 0.37 – 0.95) (ดังตารางที่ 2) 3. ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างทีมในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีคุณลักษณะย่อยจำนวน 11 รายการ (Md = 4.11 – 4.70, IR = 0.29 – 0.95) (ดังตารางที่ 3) 4. ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านสร้างความเข้าใจและการยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม มีคุณลักษณะย่อย 7 รายการ (Md = 4.36 – 4.72, IR = 0.28 – 0.86) (ดังตารางที่ 4) 5. ด้านการส่งเสริม ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในการทำงานเกี่ยวข้องกับความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม มีคุณลักษณะย่อย 6 รายการ (Md = 4.18 – 4.53, IR = 0.47 – 0.86) (ดังตารางที่ 5)

ตาราง 1 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้นำข้ามวัฒนธรรม จำแนกผลการวิเคราะห์รายข้อ โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ข้อ	ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	ยึดหลักความเท่าเทียมและเป็นธรรม เคารพในความแตกต่างตามเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ เพศสภาวะ สังคม การเมือง และสถานะทางสังคม	4.70	0.29	มากที่สุด
2.	ไม่เลือกปฏิบัติ ก้าวข้ามอคติ ไม่ดูถูกผู้อื่น ไม่ยึดถือตนเองเป็นศูนย์กลาง	4.63	0.37	มากที่สุด
3.	ตระหนัก และเข้าใจความแตกต่างของผู้อื่นที่มีความคิด ความเชื่อ ตลอดจนวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากตนเอง	4.60	0.39	มากที่สุด
4.	ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น	4.57	0.43	มากที่สุด
5.	สร้างศรัทธา ความเชื่อถือ ไว้วางใจให้แก่ผู้อื่นทั้งต่อหน้าและลับหลัง	4.45	0.95	มาก
6.	ปรับตัว ยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ที่มีความแตกต่างจากตนเอง	4.23	0.73	มาก
7.	อ่อนน้อมถ่อมตน ยิ้มแย้มรู้จักกาลเทศะ	4.23	0.73	มาก

ตาราง 2 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรมของภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติงานจำแนกผลการวิเคราะห์รายชื่อโดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ข้อ	ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติงาน	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	รับฟังผู้อื่น เปิดใจกว้างรับฟัง แม้จะเป็นเรื่องที่ตนเองไม่สนใจ หรือความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากความคิดของตนเอง	4.63	0.37	มากที่สุด
2.	สร้างสัมพันธภาพ บรรยากาศที่เป็นมิตร ฟังและพูดโดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	4.60	0.39	มากที่สุด
3.	ถ่ายทอด ความคิด ความรู้ ประสบการณ์และแบ่งปัน ให้กับผู้อื่น โดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	4.57	0.43	มากที่สุด
4.	พัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยใช้ภาษาที่หลากหลายเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในการทำงานและให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม	4.45	0.95	มาก
5.	ส่งเสริมและสนับสนุน การสื่อสาร ผ่านการใช้เทคโนโลยีเพื่อนำมาใช้งานและตอบสนองต่อความต้องการหรือแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อีเมล เฟสบุ๊ค ไลน์ ในการสื่อสารอย่างระมัดระวังให้พิจารณาถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม	4.36	0.86	มาก
6.	ถ่ายทอด ความคิด ให้กับผู้อื่น โดยใช้คำพูด ภาษาให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน ผ่านสื่อต่างๆทั้งoffline online ได้อย่างเหมาะสม	4.23	0.73	มาก
7.	ถ่ายทอด ความคิด ให้กับผู้อื่น โดยใช้ท่าที ท่าทาง และสัญลักษณ์ต่างๆให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน ผ่านสื่อต่างๆทั้งoffline online ได้อย่างเหมาะสม	4.18	0.68	มาก

ตาราง 3 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างทีมในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมของภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติงานจำแนกผลการวิเคราะห์รายชื่อโดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ข้อ	ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหรือผู้ปฎิบัติงาน	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	ให้โอกาส ให้อิสระแก่ทีม ในการทำงานต่างๆ โดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	4.70	0.29	มากที่สุด

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ข้อ	ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
2.	เป็นแบบอย่างที่ดีของการทำงานเป็นทีมในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรบนความเข้าใจและไม่เกิดความขัดแย้ง	4.68	0.31	มากที่สุด
3.	ส่งเสริมให้ผู้ร่วมงาน ก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้นโดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	4.63	0.37	มากที่สุด
4.	พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (guideline) ใหม่ ๆ ร่วมกับทีม อย่างมีส่วนร่วม เพื่อช่วยเหลือทีมในการปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้รับบริการความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมั่นใจ	4.57	0.43	มากที่สุด
5.	สนับสนุน ส่งเสริมให้ทีมมีการเรียนรู้ประเด็นด้านวัฒนธรรมกับสุขภาพและการพยาบาล อย่างต่อเนื่องในรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการที่หลากหลายของแต่ละบุคคล	4.57	0.43	มากที่สุด
6.	เป็นที่เล็งเห็น ที่ปรึกษาหรือ เป็นครูผู้ฝึก ในการปฏิบัติงานแก่ทีม โดยถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมที่สั่งสมมา ตลอดจนเป็นที่พึ่งของทีมได้	4.57	0.43	มากที่สุด
7.	ประเมินผลการทำงานของสมาชิกในทีมในการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมโดยชี้ให้เห็นจุดบกพร่องที่ควรปรับปรุง แล้วให้ออกสาในการปรับปรุงตนเองโดยปราศจากอคติ	4.45	0.95	มาก
8.	สนับสนุน ส่งเสริมให้ทีมมีการพัฒนาด้านภาษาเพื่อการดูแลผู้รับบริการผ่านสื่อต่างๆ (Mediated communication) เช่น แอปพลิเคชันภาษาในโทรศัพท์มือถือ smart phone	4.45	0.95	มาก
9.	สร้างแรงบันดาลใจ สร้างกำลังใจให้แก่ทีมเพื่อให้สามารถดูแลผู้ที่มีความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากตนเอง	4.45	0.95	มาก
10.	สร้างระบบบริการผ่านล่ามเพื่อช่วยสื่อสาร ระหว่างทีมการพยาบาลและผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม	4.36	0.86	มาก
11.	สร้างระบบการให้รางวัล โดยการให้ค่าตอบแทน การยกย่องชมเชย การทำงานของผู้ร่วมงานที่ได้รับการประเมินว่าทำงานกับผู้ต่างวัฒนธรรมได้ดี	4.11	0.68	มาก

ตาราง 4 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสร้าง
ความเข้าใจและการยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยจำแนกผลการ
วิเคราะห์รายชื่อ โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ข้อ	ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.	ช่วยเหลือและสนับสนุนทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ในการเจรจา ไกล่เกลี่ย เจรจาต่อรอง โน้มน้าวใจ กับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทาง วัฒนธรรม	4.72	0.28	มากที่สุด
2.	เอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ ไม่เพิกเฉย รับผิดชอบการแก้ไข ชี้แจง อธิบายให้ ข้อมูลตรงกับความต้องการ ของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความแตกต่าง หลากหลายทางวัฒนธรรม	4.72	0.28	มากที่สุด
3.	ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้รับบริการด้วยกันที่มีความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิตที่มีความแตกต่างกัน	4.68	0.31	มากที่สุด
4.	มีทักษะและกลยุทธ์ในการบริหารจัดการทีมให้มีเจตคติที่ดีและช่วยสร้าง สัมพันธอันดีให้เกิดขึ้นในทีม	4.63	0.37	มากที่สุด
5.	ส่งเสริมการยอมรับในการทำงานร่วมกับผู้ที่มีแนวคิด ความเชื่อ และวิถี ปฏิบัติที่แตกต่างจากหลากหลายสถาบันการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ช่วงวัยที่แตกต่างกัน	4.60	0.39	มากที่สุด
6.	มีกลยุทธ์ที่ป้องกันและจัดการความขัดแย้งให้แก่ทีมการพยาบาล ผู้รับบริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อเกิดความแตกต่างทางจากศาสนา วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ช่วงวัยได้	4.53	0.47	มากที่สุด
7.	ป้องกันไม่ให้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมของสมาชิกในทีมเกิดผลกระทบ ทางลบต่อผลการดำเนินงานของทีม	4.36	0.86	มาก

ตาราง 5 ค่ามัธยฐาน (Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญ ของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านการ
ส่งเสริม ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในการทำงานเกี่ยวข้องกับหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมของภาวะผู้นำ
ข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยจำแนกผลการวิเคราะห์รายชื่อ โดยเรียงลำดับข้อความที่ค่ามัธยฐานสูงสุด

ข้อ	ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
1.	ส่งเสริมสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจ ในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้อื่น	4.53	0.47	มากที่สุด
2.	ส่งเสริมให้สร้างนวัตกรรมเพื่อใช้ในสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีความ แตกต่างหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม	4.29	0.79	มาก

ข้อ	ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย	รอบที่ 3		
		Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
3.	ส่งเสริมการนำองค์ความรู้และนวัตกรรมทางการพยาบาลที่เกิดจากนโยบายและเป้าหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมไปสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยตนเองและทีม	4.29	0.79	มาก
4.	เป็นแบบอย่างในเรื่องคิดสร้างสรรค์และเป็นต้นแบบความคิดในการพัฒนาโครงการหรือต่อยอดความคิดแก่ผู้ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม	4.23	0.73	มาก
5.	ส่งเสริมการวิจัย เพื่อใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต้องการทางวัฒนธรรมโดยเฉพาะ	4.23	0.73	มาก
6.	ส่งเสริมการสร้างและใช้สร้างสื่อการสอน ในการให้ความรู้ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม	4.18	0.86	มาก

จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ด้าน 38 ข้อย่อย

ด้านที่ 1 ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้นำข้ามวัฒนธรรม ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน มีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ยึดหลักความเท่าเทียมและความเป็นธรรม เคารพในความแตกต่างตามเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ เพศสภาวะ สังคม การเมือง และสถานะทางสังคม (Md = 4.70, IR = 0.29) ไม่เลือกปฏิบัติ ก้าวข้ามอคติ ไม่ดูถูกผู้อื่น ไม่ยึดถือตนเองเป็นศูนย์กลาง (Md = 4.63, IR = 0.37) ตระหนัก และเข้าใจความแตกต่างของผู้อื่นที่มีความคิด ความเชื่อ ตลอดจนวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากตนเอง (Md = 4.60, IR = 0.39) มีความไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น (Md = 4.57, IR = 0.43) อภิปรายผลได้ว่า คุณลักษณะย่อยยึดหลักความเท่าเทียมและความเป็นธรรม เคารพในความแตกต่างตามเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ เพศสภาวะ สังคม การเมือง และสถานะทางสังคม ซึ่งการมีความเคารพความแตกต่างเป็นไปตามกรอบคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับ Hudea (2014) สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้วยการสร้างความตระหนักทางวัฒนธรรมของศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ (2557) ที่กล่าวว่าพยาบาลต้องเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในทุกวัฒนธรรม มี

ความเข้าใจในเรื่องความเท่าเทียมกันในสังคม และมีทักษะทางวัฒนธรรม ที่กล่าวว่า ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเคารพในการตัดสินใจและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการแต่ละราย คุณลักษณะย่อยไม่เลือกปฏิบัติ ก้าวข้ามอคติ ไม่ดูถูกผู้อื่น ไม่ยึดถือตนเองเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของแคมพินฮา-บาโคท (Campinha – Bacote) อ้างถึงใน สุดศิริ หิรัญชุนหะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, ประณิต สงวัฒนาและวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2550) ด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม (Cultural awareness) เป็นการตรวจสอบความอคติตนเองต่อวัฒนธรรมอื่น ๆ สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ด้วยการสร้างความตระหนักทางวัฒนธรรมของศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ (2557) ที่กล่าวว่าพยาบาลต้องสามารถตรวจสอบอคติของตนเองต่อวัฒนธรรมอื่น ๆ โดยการแยกแยะความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดและหมั่นตรวจสอบอคติของตนเองต่อวัฒนธรรมอื่น ๆ ของผู้รับบริการที่สำคัญพยาบาลต้องมีทัศนคติด้านบวก ไม่ดูถูกเหยียดหยาม ลำเอียง กับการให้บริการผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นผู้ที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (Egocentricity) เป็นคุณลักษณะของภาวะผู้นำที่ไม่ดีในความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นไปตามกรอบคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับ John Frost and Mark

Walker (2007) คุณลักษณะย่อย กระจก และเข้าใจความแตกต่างของผู้อื่นที่มีความคิด ความเชื่อ ตลอดจนวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากตนเอง คุณลักษณะย่อยไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้านมีทักษะทางวัฒนธรรมของศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ (2557) ที่กล่าวว่ามีความไวทางวัฒนธรรมไวต่อลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วยรู้จักสังเกต ค้นหา ค่านิยม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนพฤติกรรม ความเจ็บป่วย ของผู้รับบริการ ซึ่งสะท้อนแนวคิดด้านวัฒนธรรมของแต่ละคน ซึ่งเป็นคุณลักษณะของภาวะผู้นำที่อาจจะถูกตีความผิดหรือถูกเข้าใจผิดในวัฒนธรรมที่แตกต่างตามการศึกษาของ John Frost and Mark Walker (2007) คุณลักษณะย่อยสร้างศรัทธา ความเชื่อถือ ไว้วางใจให้แก่ผู้อื่นทั้งต่อหน้าและลับหลัง ความเชื่อถือ ไว้วางใจเป็นไปตามกรอบคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับ Grisham (2008)⁽⁴⁾ คุณลักษณะย่อยปรับตัว ยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ที่มีความแตกต่างจากตนเอง ความสามารถในการปรับตัว (Adaptability) เป็นไปตามกรอบคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับ Grisham (2008)⁽⁴⁾

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้นำข้ามวัฒนธรรมที่จำเป็นอย่างมากแม้ว่าไม่ปรากฏในการทบทวนวรรณกรรมคือ การไม่เลือกปฏิบัติ การสร้างศรัทธา ยืดหยุ่น อ่อนน้อมถ่อมตน ยิ้มแย้มรู้จักกาลเทศะ ที่จะต้องสร้างให้เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมของข้ามวัฒนธรรม

ด้านที่ 2 ด้านการสื่อสารในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ รับฟังผู้อื่น เปิดใจกว้างรับฟัง แม้จะเป็นเรื่องที่ตนเองไม่สนใจ หรือความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากความคิดของตนเอง (Md = 4.63, IR = 0.37) สร้างสัมพันธภาพ บรรยากาศที่เป็นมิตร ฟังและพูดโดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (Md = 4.60, IR = 0.39) ถ่ายทอด ความคิด ความรู้ ประสบการณ์ และแบ่งปัน ให้กับผู้อื่น โดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และ

วัฒนธรรม (Md = 4.57, IR = 0.43) อภิปรายผลได้ว่า การสื่อสารนับเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง หัวหน้าหรือผู้ป่วยต้องมีคุณลักษณะของการถ่ายทอด ความคิดให้กับผู้อื่น โดยใช้คำพูด หรือใช้ท่าที ท่าทาง และสัญลักษณ์ต่างๆ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน ผ่านสื่อต่างๆทั้ง offline online ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้านมีทักษะทางวัฒนธรรมของศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ (2557) ที่กล่าวว่าการปฏิบัติงานของพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะการสื่อสารต่างวัฒนธรรมโดยใช้วาจาและไม่ใช้วาจาอย่างถูกต้องเหมาะสมตามกาลเทศะประกอบไปด้วย ทักษะการฟัง การพูด การแสดงออก การตัดสินใจแก้ปัญหาและทักษะการโน้มน้าวและเจรจาต่อรอง และมีทักษะในการสื่อสารทั้งด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทาง เช่น การยิ้ม การทักทาย การพูดด้วยวาจาไพเราะ จะช่วยสร้างบรรยากาศในการสื่อสารให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าเราสนใจที่เขาพูด และปรารถนาที่จะฟังว่าเขาพูดอะไร ต้องการสิ่งใดรวมถึงการพูดสนับสนุนอื่นๆ ก็ช่วยให้ผู้รับบริการตอบกลับได้เช่นกัน เป็นไปตามกรอบคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Grisham (2008)⁽⁴⁾ ประสิทธิผลของการสื่อสารเริ่มต้นด้วยการฟังที่ดี และการศึกษาของ Hudea (2014) การให้ความสำคัญกับการสื่อสารแบบสองทาง เป็นสิ่งที่ได้จากการศึกษาภาวะผู้นำที่เหมาะสมที่สุดเข้ากับบริบทของสิ่งแวดล้อมที่มีการข้ามวัฒนธรรม ควรปฏิบัติเพื่อประโยชน์ในการลดความเสี่ยง และเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่สำคัญ และองค์กรที่มีความหลากหลาย การสื่อสารถือว่าเป็นหัวใจเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จ และเป็นพื้นฐานของความเข้าใจ การร่วมมือ และการกระทำ (Simons et al., 1993) ความสามารถในการสื่อสารในการดูแลผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรม เป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากเป็นอุปสรรคที่พบมากในการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (ประณีต ส่วงวัฒนา, 2557)

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าด้านการสื่อสารในบริบทของความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่จำเป็น

อย่างมากแม้ว่าไม่ปรากฏในการทบทวนวรรณกรรมคือ รับผิดชอบต่อผู้อื่น เปิดใจกว้างรับฟัง แม้จะเป็นเรื่องของตนเองไม่สนใจ หรือความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากความคิดของตนเอง และการสื่อสารยุคใหม่ที่มีการผ่านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร ได้แก่ อีเมล เฟสบุ๊ก ไลน์ ต้องอย่างระวังให้พิจารณาถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม การปฏิบัติสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารต้องกระทำโดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม

ด้านที่ 3 ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างทีมในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ให้ออกาส ให้อิสระแก่ทีม ในการทำงานต่างๆ โดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (Md = 4.70, IR = 0.29) เป็นแบบอย่างที่ดีของการทำงานเป็นทีมในการสร้างวัฒนธรรมการทำงานขององค์กรบนความเข้าใจและไม่เกิดความขัดแย้ง (Md = 4.68, IR = 0.31) ส่งเสริมให้ผู้ร่วมงาน ก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้นโดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (Md = 4.63, IR = 0.37) พัฒนาแนวทางปฏิบัติ (guideline) ใหม่ ๆ ร่วมกับทีม อย่างมีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือทีมในการปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้รับบริการความหลากหลายทางวัฒนธรรมได้อย่างมั่นใจ (Md = 4.57, IR = 0.43) สนับสนุน ส่งเสริมให้ทีมมีการเรียนรู้ประเด็นด้านวัฒนธรรมกับสุขภาพและการพยาบาล อย่างต่อเนื่องในรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการที่หลากหลายของแต่ละบุคคล (Md = 4.57, IR = 0.43) เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาหรือ เป็นครูผู้ฝึก ในการปฏิบัติงานแก่ทีม โดยถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมที่สั่งสมมา ตลอดจนเป็นที่พึ่งของทีมได้ (Md = 4.57, IR = 0.43) อภิปรายผลได้ว่า คุณลักษณะย่อย สนับสนุน ส่งเสริมให้ทีมมีการเรียนรู้ประเด็นด้านวัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง และคุณลักษณะย่อย เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาหรือ เป็นครูผู้ฝึก ในการปฏิบัติงานแก่ทีม เป็นไปตามกรอบคิด

การวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Simons et al (1993) การเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างทีม ต้องส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของภาวะผู้นำ (Consistent leadership) ทำได้โดยการสอน (Teach) การฝึกสอน (Training) การให้การปรึกษา (Mentor) และการโค้ช (Coach) คุณลักษณะ สร้างระบบการให้รางวัล โดยการให้ค่าตอบแทน การยกย่องชมเชย ยังสอดคล้องกับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม วิรุณช วิบูลย์พันธุ์ (2550) ปานจันทร์ ชูทิพย์ (2557) สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยของ สภากาพยาบาล (2555) ที่ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องใช้กลยุทธ์โน้มน้าวใจ และกระตุ้น จูงใจ เสริมแรงผู้ร่วมงานหรือทีมให้เห็นความสำคัญและพร้อมที่จะปฏิบัติงาน

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างทีมในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่จำเป็นอย่างมากแม้ว่าไม่ปรากฏในการทบทวนวรรณกรรมคือ ส่งเสริมให้ผู้ร่วมงาน ก้าวหน้าในตำแหน่งที่สูงขึ้นโดยปราศจากอคติ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (guideline) ใหม่ ๆ เพื่อช่วยเหลือทีมในการปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ สร้างระบบบริการผ่านล่ามเพื่อช่วยสื่อสาร และให้ออกาส ให้อิสระแก่ทีม ในการทำงานต่างๆ โดยปราศจากอคติทางด้านเพศสภาพ เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม

ด้านที่ 4 ด้านสร้างความเข้าใจและการยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรมผลการวิจัย พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีความสำคัญมากที่สุด ได้แก่ ช่วยเหลือและสนับสนุนทีมการพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ในการเจรจาไกล่เกลี่ยเจรจาต่อรอง โน้มน้าวใจ กับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม (Md = 4.72, IR = 0.28) เอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ ไม่เพิกเฉย รับผิดชอบการแก้ไข ชี้แจงอธิบายให้ข้อมูลตรงกับความต้องการ ของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม (Md = 4.72, IR = 0.28) ส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้รับบริการด้วยกันที่มีความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิตที่มีความแตกต่างกัน (Md = 4.68, IR = 0.31) มีทักษะและกลยุทธ์

ในการบริหารจัดการทีมให้มีเจตคติที่ดีและช่วยสร้างสัมพันธ์อันดีให้เกิดขึ้นในทีม (Md = 4.63, IR = 0.37) ส่งเสริมการยอมรับในการทำงานร่วมกับผู้ที่มีแนวคิดความเชื่อ และวิถีปฏิบัติที่แตกต่างจากหลากหลายสถาบันการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ช่วงวัยที่แตกต่างกัน (Md = 4.60, IR = 0.39) มีกลยุทธ์การป้องกันและจัดการความขัดแย้งให้แก่ทีมการพยาบาล ผู้รับบริการ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อเกิดความแตกต่างทางศาสนา วัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อ วิถีชีวิต ช่วงวัยได้ (Md = 4.53, IR = 0.47) อภิปรายผลได้ว่า คุณลักษณะย่อย ช่วยเหลือและสนับสนุนทีมการพยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ในการเจรจาไกล่เกลี่ย เจรจาต่อรอง โน้มน้ำใจ กับผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม เป็นไปตามกรอบคิดการวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Grisham (2008)⁽⁴⁾ เสนอรูปแบบภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมอย่างง่ายเปรียบเสมือนวงล้อ องค์ประกอบที่มีความสำคัญคือ การบริหารความขัดแย้ง (Conflict Management) เปรียบเสมือนน้ำมันหล่อลื่นทำให้ล้อสามารถหมุนต่อได้ สอดคล้องกับการศึกษาน้ำฝน โดม กลาง (2550) วีรบุรุษ วิชาญพันธ์(2550) และสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยของ สภากาการพยาบาล (2555) ว่าต้องสามารถจัดการความขัดแย้ง และเจรจาต่อรองในระดับหอผู้ป่วย/หน่วยงานสามารถวิเคราะห์คาดการณ์และบริหารจัดการให้ทันต่อสถานการณ์ในหอผู้ป่วยได้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปานจันทร์ ชูทิพย์(2557) ว่าสามารถแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากการปฏิบัติงานระหว่างทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเจรจาต่อรองในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการต่อผู้รับบริการและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญเห็น ว่าด้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจและสร้างทีมในการดูแลผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่จำเป็นอย่างมาก แม้ว่าไม่ปรากฏในการทบทวนวรรณกรรมคือ การส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้รับบริการด้วยกัน ป้องกันไม่ให้ความแตกต่างทางวัฒนธรรมของสมาชิกในทีมเกิดผลกระทบทางลบต่อผลการดำเนินงานของทีม

ด้านที่ 5 ด้านการส่งเสริม ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรมในการทำงานเกี่ยวข้องกับ ความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันและมีความสำคัญมากถึงมากที่สุด ได้แก่ ส่งเสริมสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้เกิดความเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้อื่น (Md = 4.53, IR = 0.47) อภิปรายผลได้ว่า เป็นด้านที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยในปัจจุบันจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมในด้านนี้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้าน นโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 หรือนโยบาย Thailand 4.0 ด้านสาธารณสุข ที่เน้นให้มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืน คุณลักษณะย่อย ส่งเสริมให้สร้างนวัตกรรม ส่งเสริมการวิจัย ส่งเสริมการสร้างและใช้สร้างสื่อการสอน ในการให้ความรู้ผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรม สอดคล้องกับสภากาการพยาบาล (2555) และสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2556)⁽²⁾ ได้กล่าวถึง สมรรถนะผู้นำของผู้บริหารการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาบุคลากรในองค์กร ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย หนึ่งในนั้นคือการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ งานในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ และสอดคล้องกับการศึกษาปานจันทร์ ชูทิพย์ (2557) ได้กล่าวว่า สมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพด้านภาวะผู้นำ ต้องมีความคิดสร้างสรรค์ ในการนำนวัตกรรมมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการที่มีแตกต่างด้านความเชื่อ ศาสนา ภาษาและเชื้อชาติได้

ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้

ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่เป็นพยาบาลต่างชาติที่ปฏิบัติการพยาบาลในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล นำผลการวิจัยไปใช้วางแผน พัฒนาและส่งเสริม สนับสนุนให้มีภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

2. เป็นแนวทางให้ผู้บริหารสร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันในองค์กรแก่บุคลากรทางการพยาบาลที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการวิจัยภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย นำไป วิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อกำหนดองค์ประกอบของภาวะผู้นำข้ามวัฒนธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา

แนะนำชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 ท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบกราบขอบพระคุณครอบครัวของผู้วิจัยทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบคุณความดีแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ประณีต ส่วงวัฒนา. "การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: แนวคิดและประเด็นวิจัยวัฒนธรรม". *วารสารสภาการพยาบาล*. 29(4): 5-17, 2557.
2. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (บรรณาธิการ). *สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล*. จุฬาทอง. กรุงเทพมหานคร, 2556.
3. DuBrin, A. *Leadership: Research Findings, Practice, and Skills*. Houghton Mifflin. Boston, 1995.
4. Grisham, T. and Fellows, R. "Cross-cultural leadership", *International Journal of Human Resources Development and Management*. in press. 2008.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและ
ควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

The Outcome of Empowerment Nursing Program on Knowledge and Self Care Behaviors in Prevention
and Control of Complication for Hemodialysis Patients

Sappasitthiprasong Hospital

พรวาทกาญจน์ ทองคำ, มณฑิชา รุกศิลป์, ชวนชัย เชื้อสาธุชน

Prawkarn Thongkham¹, Monticha Ruksin², Chuanchai Chuasathuchon³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการให้การพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ 3) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการให้การพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละและการทดสอบค่า t

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้การดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อน

Abstract

This researches objectives are as follows 1). To study the behaviours and control of complications for Hemodialysis patients. 2). To analyse the knowledge of patients who have participated in Satthabongkot Hemodialysis Center's Empowerment Nursing Program. 3). To analyze the behaviours and control of complications for Hemodialysis patients so as to analyze the knowledge level of patients who have participated in Satthabongkot Hemodialysis Center's Empowerment Nursing Program. This research uses a total of 80 patients; 40 patients in the experimental group and another 40 as the control group. The research tools used during this research include 1). Experimental Instruments 2). Descriptive Statistics to analyze the Data collected including the average, the standard deviation, percent and T-test results.

Research Findings 1) The Hemodialysis patients who participated in the Empowerment Nursing Program on self-care knowledge and self-care behaviour intervention and control of complications in Hemodialysis had a fair level of self-care knowledge and a good level self-care behaviour. For the patients who did not participate in the program they had a poor level of self-care knowledge and a fair level of self-care behaviour. 2) The Hemodialysis patients who participated in the Empowerment Nursing Program on knowledge and self care behaviour intervention and control of complications in Hemodialysis statically received a probability value of .05 in regard to their level of self-care knowledge which is significantly

better when compared to the Hemodialysis patients who didn't participate in the program. 3) The Hemodialysis patients who participated in the Empowerment Nursing Program on knowledge and self care behaviour intervention and control of complications in Hemodialysis statically received a probability value of .05 in regard to their level of self-care behaviour which is significantly better when compared to the Hemodialysis patients who didn't participate in the program.

Keywords: Empowerment Nursing Program on self-care knowledge and self-care behaviour intervention and control of complications in Hemodialysis patients, Experimental group, control group, Satthabongkot Hemodialysis Center Empowerment Nursing Program.

บทนำ

สถานการณ์โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) จากข้อมูลของ Thai SEEK project ของโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่ามีผู้ป่วยไตเรื้อรังมากกว่า 6 ล้านราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 รวมกันประมาณ 400,000 ราย ซึ่งมีโอกาสต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตสูง และจากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่าขณะนี้ มีผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตทั้งสิ้น 26,457 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึงประมาณปีละ 10,000 รายต่อปี สำหรับค่าใช้จ่ายของการฟอกเลือดประมาณรายละ 250,000 บาทต่อปี (ทวี ศิริวงศ์, 2550) ปัญหาโรคไตเรื้อรังซึ่งรวมทั้งโรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงและรัฐต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 29 ในประเทศไทย

จากการรวบรวมและวิเคราะห์โดยกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราต่อประชากร 100,000 คนของการตายด้วยโรคไตวายทั่วราชอาณาจักร ในปี 2552-2556 ผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็น 17.7, 17.9, 18.1, 18.3 และ 19.5 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไตวายเรื้อรัง เพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2550-2554 จำนวน 627 คน ,670 คน ,780 คน ,712 คน และ 866 คน คิดเป็น 35.16,37.52,43.44,39.47 และ 47.76 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2557) จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอก

เลือดด้วยเครื่องไตเทียมของสำหรับศูนย์ไตเทียม สัตตบงกช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามลำดับตั้งแต่เริ่มเปิดให้บริการปี พ.ศ. 2552 ถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยฟอกเลือดทั้งหมด 110 ราย มีเครื่องฟอกไตทั้งหมด 16 เครื่อง จากการติดตามข้อมูลจำนวนข้อมูลผู้ป่วยพบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนเพิ่มขึ้น โดยในปี 2556-2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ศูนย์ไตเทียม สัตตบงกชเพิ่มขึ้นเป็น 68 ราย 100 ราย และ 110 รายตามลำดับ (ทะเบียณ สติติ ศูนย์ไตเทียม สัตตบงกช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี, 2558) ในหน่วยศูนย์ไตเทียม สัตตบงกช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าสถิติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยขณะฟอกเลือดในปี 2556-2558 ดังนี้ อัตราการเกิดความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ร้อยละ 0.7,5.16,3.99 ตามลำดับ อัตราการเกิดตะคริวขณะฟอกเลือด ร้อยละ 6.67,1.28,1.19 ตามลำดับ (สถิติภาวะแทรกซ้อน ศูนย์ไตเทียม สัตตบงกช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ,2558) จากสถิติดังกล่าวนี้ว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมาก

ในปัจจุบันการรักษาเพื่อการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy; RRT) ในประเทศไทยมี 3 วิธี คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis;HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis; CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Angel) เนื่องจากเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงที่ช่วยลดการกั่งของของเสียในร่างกายลดภาวะน้ำเกินและการกั่งของสารเกลือแร่ในร่างกายได้ในระยะเวลาค่อนข้างรวดเร็ว

อย่างไรก็ดีการฟอกเลือดด้วยวิธีนี้ผู้ป่วยจะได้รับการฟอกเลือดเป็นช่วงๆสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งๆละ 4-5 ชั่วโมงการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงสามารถทดแทนหน้าที่ของไตได้เพียงร้อยละ 6-7 ซึ่งไม่เพียงพอที่จะควบคุมของเสียหรือสารเกลือแร่ต่างๆให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างสมบูรณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่ผู้ป่วยไม่ได้ฟอกเลือดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดการคั่งของของเสียหรือสารเกลือแร่ต่างๆได้ง่าย (เกรียง ตั้งสง่า, 2548) ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีเครื่องไตเทียมและเทคนิคใหม่ๆในการฟอกเลือดบุคลากรมีความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้นอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันลดลงแต่ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวกลับเป็นปัญหาที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมต่อสุขภาพของผู้ป่วยจนถึงขั้นพิการสูญเสียคุณภาพชีวิตและเสียชีวิตในที่สุดเนื่องจากสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนระยะยาวนี้มีความซับซ้อนและแต่ละปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกันทั้งยังไม่ปรากฏอาการให้เห็นในทันทีระยะเวลาในการเกิดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างและส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำเอาแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน โดยพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ข้อมูลให้คำปรึกษาส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนกันเองให้เกิดการตระหนักรู้ (Critical awareness) ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้นๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการให้การพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัตตบงกช

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังได้รับการให้การพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัตตบงกช

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) แบบสองกลุ่ม

ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest- Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในหน่วยไตเทียม สัตตบงกช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและรักษาโดยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมสัตตบงกช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรทั้งหมดจำนวน 110 ราย ในช่วง 1 มกราคม -28 กุมภาพันธ์ 2560

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิจัยเรื่องผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (จิราภรณ์ ชวงค์ และ เข็มจิต โสภณสุขสถิต 2554:8) ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยครั้งนี้ กำหนด Power of test

gmjkyd[0.8 ระดับนัยสำคัญ α 0.05 และค่า β ไม่มากกว่า 0.20 โดยใช้สูตรของ Krik.1995 (Krik.1995 อ้างถึงใน บุญ

ใจ ศรีสถิตนรากร 2553:53) ในกรณีกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลองประเภท Dependent group ดังนี้

$$n (\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง}) = \frac{2S^2(Z_{a/2} + Z_b)^2}{D^2}$$

ค่า $Z_{a/2}$ จากการเปิดตาราง Two-tailed = 1.96 ถ้า $Z_{a/2}$ = สมมติฐาน One tailed = 1.645

b = Type II error ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน 5% หรือ b = 0.05 (Power = 95%)

ดังนั้นค่า Z_b 0.05 จากการเปิดตาราง = 1.645 (ถ้า b = 0.20 ค่า b = 0.10 ค่า b = 1.28)

D (delta) = $\mu_1 - \mu_2$ (mean difference) หรือ $X_1 - X_2$ = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

S^2 = ค่าความแปรปรวนของตัวแปรผล

แทนค่า

$$n = \frac{2(4.5)^2 (1.96 + 0.84)^2}{(17.39 - 15.11)^2}$$

» 33

เพื่อป้องกันกรณีเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทำวิจัย จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอริเม่ ประกอบด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน โดยจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1

- วัดความรู้ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

- การค้นพบสภาพการณ์จริง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยค้นพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงได้ด้วยตนเอง มีการทบทวนการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยฟอกเลือด โดยให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์ เรื่อง “ขาดไต ไม่ขาดใจ” ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคไตเรื้อรังใช้เวลา

และผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะและสอนเพิ่มเติมเนื้อหาตามความเหมาะสมใช้เวลาประมาณ 30 นาที

- การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และเข้าใจถึงสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหา โดยผู้วิจัยแจกกระดาษคำถามการวิเคราะห์การดูแลตนเอง 10 ข้อ ผู้ป่วยวิเคราะห์ตนเองว่าข้อใดทำได้ดี และข้อใดทำได้ไม่ดี พร้อมทั้งบอกเหตุผล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 2

ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติให้ตรงกับสภาพปัญหาของตนเอง

- แจกคู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยฟอกเลือด

- แจกแฟ้มประจำตัวผู้ป่วยฟอกเลือด

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมรายบุคคลการไต่ถามซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

- ผู้วิจัยมีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและตระหนักให้ผู้ป่วยรับรู้และทราบปัญหาของตนเองที่แท้จริง

- ผู้วิจัยเข้าพบพูดคุยกับผู้ป่วยทุกคนเป็นรายบุคคล โดยเข้าไปพูดคุยในขณะที่ผู้ป่วยนอนฟอกเลือด อย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อคนต่อสัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีต่อครั้ง

- ในรายที่มีปัญหาเข้าพบพูดคุยมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- จัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะแก่การเรียนรู้ โดยมีการจัดมุมการเรียนรู้ในหน่วยไตเทียม มีภาพพลิกตั้งไว้ในหน่วยไตเทียมให้ผู้ป่วยสามารถเปิดดูได้บ่อยๆ
- ให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง ให้กำลังใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผลและยุติโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- วัดความรู้หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้การวัดพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบทดสอบความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าความเชื่อมั่น = 0.70 แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าความเชื่อมั่น = 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การจ่ายค่ารักษา และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ สาเหตุโรคที่ทำให้เกิดโรคไต ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวนครั้งของการฟอกเลือดต่อสัปดาห์การมี

ภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด โดยนำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.การเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมกรดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อน หลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบภายในกลุ่มใช้ค่าสถิติ Pair-sample-t-test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ค่าสถิติ Independent-sample-t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

สรุปและอภิปรายผล

1.ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับ โปรแกรมมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียม สัตตบงกช มีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนในระดับปานกลาง

2.ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียม สัตตบงกช

3.ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียม สัตตบงกช

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

ตารางที่ 1 ร้อยละจำแนกตามระดับคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=40)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ								
(0-8 คะแนน)	38	95.00	12	30.00	38	95.00	39	97.50
ระดับปานกลาง								
(9-11 คะแนน)	2	5.00	21	52.50	1	2.50	1	2.50
ระดับสูง								
(12 คะแนนขึ้นไป)	0	0	7	17.50	1	2.50	0	0

จากตารางที่ 4.2 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 95.00) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.00) และหลังการทดลองมีความรู้ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 52.50) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 30.00) และมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 17.50) กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 95.00) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.50) และมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 2.50) หลังการทดลองส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 97.50) รองลงมาคือมีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.50)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุม ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้	n	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	40	5.20	1.96	0.45	0.66
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	4.95	2.94		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	40	9.62	1.99	14.23	.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	3.82	1.63		

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t= 0.45) (p=0.66) ส่วนภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลอง มีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและ

ควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 14.23$) ($p = .00$)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบ ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นการจำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	1.65	.70	1.80	.85	0.86	.20
พฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมน้ำหนักและอาหารเฉพาะโรค	1.61	.33	1.93	.23	4.94	.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองการออกกำลังกายและการหลับพักผ่อน	1.95	.42	2.02	.15	1.05	.15
พฤติกรรมการขับถ่าย	1.65	.34	2.02	.11	6.03	.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองเบื้องต้น	2.10	.63	2.00	.00	1.00	.16
พฤติกรรมการดูแลตนเองการป้องกันการติดเชื้อ	2.00	.50	2.00	.00	0.00	.50
พฤติกรรมการดูแลตนเองป้องกันการVascularAscenss fail	2.22	.57	2.00	.00	2.46	.01
พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม	2.03	.41	1.97	.158	0.89	.19
ภาพรวม	1.82	.25	1.96	.14	3.14	.00

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในภาพรวมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.14$, $p = .001$) เมื่อพิจารณารายพฤติกรรมพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมน้ำหนักและอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการขับถ่าย พฤติกรรมการดูแลตนเองป้องกันการ Vascular Ascenss fail แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.46-6.03$, $p = .00-.01$) ส่วนพฤติกรรมรายด้าน พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นการจำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลตนเองการออกกำลังกายและการหลับพักผ่อน พฤติกรรมการดูแลตนเองเบื้องต้น พฤติกรรมการดูแลตนเองการป้องกันการติดเชื้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.00-1.05$, $p = .15-.50$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังการได้รับ โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ t-Independent

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นการจำกัดน้ำดื่มในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง	2.58	.50	1.98	.92	3.62	.00
พฤติกรรมการดูแลตนเองการควบคุมน้ำหนักและอาหารเฉพาะ	2.25	.22	1.98	.29	4.58	.00

โรค						
พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองการออกกำลังกายและการหลับพักผ่อน	2.35	.30	2.05	.15	5.58	.00
พฤติกรรมการณ์จับถ้ำย	2.11	.32	2.01	.13	1.76	.08
พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเบื้องต้น	2.50	.50	2.02	.15	5.66	.00
พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองการป้องกันการคิดเชื้อ	2.45	.55	2.02	.15	4.67	.00
พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองป้องกันการVascular Access fail	2.72	.45	2.00	.22	9.06	.00
พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่เหมาะสม	2.43	.34	2.05	.15	6.53	.00
ภาพรวม	2.35	.15	2.01	.18	9.21	.00

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยภาพรวมและรายด้าน ยกเว้นพฤติกรรมการณ์จับถ้ำยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=3.62-9.06, P=.00$)

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้และพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีข้อค้นพบในการวิจัย ซึ่งสามารถนำมาอธิบายได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัตตบงกช ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัตตบงกช ทั้งนี้เพราะว่าการใช้โปรแกรมการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบ

สันร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อบุคคลเกิดความรับรู้ที่ถูกต้องซึ่งการวิจัยครั้งนี้ในขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพความเป็นจริง เป็นการพยายามทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่และรับรู้ว่าตนเองอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหากมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ต่อมาในขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาที่มีอยู่หรือเคยเกิดขึ้นกับตนเอง สิ่งใดที่จะต้องดูแลตนเองและสิ่งใดที่จะต้องพัฒนาการดูแลตนเองให้ดียิ่งๆขึ้น นอกจากนี้ในกลุ่มทดลองยังได้รับความรู้ในรูปแบบของสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ชัดเจนและจำง่าย สอดคล้องกับอิชณิ พุทธิมนตรี, 2549) พบว่าการบรรยายในรูปแบบของสื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ที่ชัดเจนมีความจำเป็นในสิ่งที่เรียนได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มโดยให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาและวิเคราะห์สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ จากการเรียนรู้ผ่านทางอวัยวะสัมผัสหลายๆทาง เช่น การฟัง การดูจึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความรู้สูง

กว่าผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์

สมมติฐานที่ 2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์ ทั้งนี้เพราะการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการยอมรับในความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มที่เชื่อว่าคนเป็นผู้มีศักยภาพ มีความสามารถกระทำตามที่ตั้งใจไว้ และเป็นผู้มีความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและวางแผนจัดการระบบการดูแลตนเองได้ การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด วิธีการที่ผู้ป่วยเลือกนั้นขึ้นอยู่กับการค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งได้จากผู้วิจัย เพื่อให้ความรู้ต่างๆ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลตนเองและการใช้ภาพพลิกในการให้ความรู้ และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งวิธีที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือสนับสนุนติดตามทางโทรศัพท์ สอบถามถึงปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตนเอง และในวันที่ผู้ป่วยมาฟอกเลือดให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคในการดูแลตนเอง ให้กำลังใจในการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยกล่าวชื่นชมผู้ป่วยด้วยความจริงใจและสนับสนุนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องติดตามการบันทึกในแฟ้มประจำตัวผู้ป่วย ได้แก่

แบบบันทึกการวัดความดันและน้ำหนักตัวต่อวันมาฟอกเลือด แบบบันทึกเป้าหมายที่ปรารถนาพร้อมกัน และแบบบันทึกพันธุศาสตร์สุขภาพของตนเอง ซึ่งการบันทึกของผู้ป่วยจะช่วยเตือนความจำและเมื่อได้เห็นบันทึกของตนเองว่าได้ขาดการบันทึกไปหนึ่งวันก็เป็นแรงกระตุ้นไม่ให้ขาดอีก สอดคล้องกับสุพร มหาวารกร, 2551) ที่พบว่าการใช้วิธีการให้ผู้ป่วยเบาหวานบันทึกการดูแลตนเองช่วยให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น สำหรับข้อดีของภาพพลิกที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นสื่อที่ใช้ในการสอนหรือแนะนำได้ไม่ยุ่งยาก ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย สอดคล้องกับมะลิวรรณสง่าลี, 2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนอาหารต่อความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยฟอกเลือด โดยใช้สื่อการสอนที่เป็นภาพพลิก ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้น ส่วนการแจกสมุดคู่มือการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำติดตัวไปได้สะดวก สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ยิ่งอ่านบ่อยๆ จะทำให้เกิดความรู้และสามารถจดจำได้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติ ดังนั้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันร่วมกับโอเร็ม โดยใช้สิ่งกระตุ้นการเตือนความจำทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ได้รับการพยาบาลในรูปแบบของศูนย์ไตเทียมสัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยควรเสริมสร้างพลังอำนาจและส่งเสริมผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา โดยจัดการดูแลตนเองและตัดสินใจวิธีการเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้ โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.ด้านนโยบายการพัฒนาคุณภาพ อุบัติการณ์ เกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการ พยาบาล การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจในการให้ความรู้และเสริมสร้างพฤติกรรม การดูแล ตนเองในการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่จะ เกิดขึ้น เป็นรูปแบบหนึ่งในการบูรณาการดูแลผู้ป่วยโดย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพไม่เกิดอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองที่ยาวนาน มากขึ้น เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและ ปฏิบัติอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไปของผู้ป่วยโรคไต วายเรื้อรัง

2.การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.มณฑิชา รักศิลป์ และ รศ.ดร.ชวนชัย เชื้อสาธุชน ที่ให้คำปรึกษาและคำแนะนำ จนสำเร็จด้วยดี และขอขอบคุณ นพ.พิเชฐ หล่อวินิจ นันท์, พญ.อังคณา เผ่าผา, คุณชัชวาล วงศ์สารี, คุณเพชรกรณั ประสารนำ และคุณอภิชาติ ก้องเสียงที่กรุณาเป็น ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือเก็บข้อมูล รวมทั้งให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดย การฟอกเลือดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่กรุณาให้ ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มและกรุณาตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กำธร ลีลามะณี. Vascular Access Survival : The Aspect of Radiological Intervention. เอกสาร ประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2557 ชมรมพยาบาลโรค ไตแห่งประเทศไทย “Management of Diabetic Patients with Chronic Kidney Disease”. โรงแรมปรีณัฐพาเลซ กรุงเทพฯ, 2557:12-13
2. เกรียง ตั้งสง่า. Initiation of Replacement therapy (RRT). ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรชัยศิลป์ และ ธนินดา ตระการวานิช (บรรณาธิการ), Practical Dialysis. กรุงเทพฯ, Text and Journal Publication. 2548:1-20
3. เกศกนก เข้มคง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังในโรงพยาบาลสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550
4. ขจร ตรี ธ น น า ก ล . Advanced Technology in Hemodialysis. ใน ธ นิต จิ ร นัน ท์ ธิ วั ช และ ค ณ ะ . (บรรณาธิการ), Comprehensive Review of Dialysis. กรุงเทพฯ: Text and Journal Publication, 2550 : 375.
5. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2552 – 2556, 2556
6. จันทนา ชื่นวิสิทธิ์. Long term complication in chronic hemodialysis patients . เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2552 ชมรมพยาบาลโรคไต แห่งประเทศไทย “Pave the to seamless in RRT patients”. โรงแรมปรีณัฐพาเลซ กรุงเทพฯ, 2552: 80
7. ชัชวาล วงศ์สารี .การพยาบาลอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพฯ.; 2559: 538-540.
8. ณพร นันทวิสิทธิ์. Solution for long term complication. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2552 ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย “Pave the to seamless in RRT patients”. โรงแรมปรีณัฐพาเลซ กรุงเทพฯ, 2552.
9. ณัฐวรา ทัศนบุตร. รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2556.
10. ทวี ศิริวงศ์. Update on CKD Prevention. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550: 3.
11. ธนวรรณ สีนประเสริฐ. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคอีกเสบอย่างรุนแรงภายในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549

12. ธนันดา ตระการวินิช. How to Manage Common Acute Complication During Hemodialysis. ใน สมชาย เข็มอ่องและเกื้อเกียรติประคิษฐ์พร ศิลป์ (บรรณาธิการ), **Essentials Chronic Hemodialysis**. กรุงเทพฯ, Text and Journal Publication, 2548: 193-230.
13. ธนิต จิรนนท์ธวัช, ธนันดา ตระการวินิช, สิริภา ช้างศิริกุลชัย, วสันต์ สุเมธกุล. Quality dialysis in the year 2010. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน; 2553.2.
14. นี้อต เตชะวิฒน วรธนา. **Hypertension and Cardiovascular Complications in Hemodialysis Patients**. ใน ธนิต จิรนนท์ธวัช และคณะ.(บรรณาธิการ), **Comprehensive Review of Dialysis**. กรุงเทพฯ : Text and Journal Publication, 2550: 207 - 213.
15. บัญชา สติระพจน์. Acute Complications during Hemodialysis. ใน ธนิต จิรนนท์ธวัช และคณะ.(บรรณาธิการ), **New Frontiers in Dialysis**. กรุงเทพฯ : Text and Journal Publication, 2551: 119 - 120.
16. บุญใจ ศรีสถิตยันทรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ยูเอสดีไอ อินเตอร์มีเดีย, 2550: 214.
17. ปณิตดา มณีทิพย์. ผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการได้รับการพยาบาลตามความสามารถในการดูแลตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีสเทียณ, 2550
18. ประภาศิริ กำแพงทอง. ประสิทธิภาพผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีสเทียณ, 2548.
19. ปุณณดา ธนกิจพรประภา. ผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
20. มะลิวรรณ สง่าลี. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนอาหารต่อความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและตัวแปรทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
21. เขาวานา พันสาย. การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. โรงพยาบาลลำปาง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2555.
22. วลี กิตติรักษ์ปัญญา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการทางคลินิกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นและภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556.
23. วสันต์ สุเมธกุล. Principles of Hemodialysis. ใน ธนิต จิรนนท์ธวัช และคณะ.(บรรณาธิการ), **Comprehensive Review of Dialysis**. กรุงเทพฯ: Text and Journal Publication, 2550: 1.
24. สราสินี เรียมจันทร์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับครีเอตินินในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.
25. สร้อยสะอาง สร้างสมวงษ์. ภาวะแทรกซ้อนขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2552 ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย **Pave the way to seamless in RRT patients**. โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ กรุงเทพฯ, 2552.
26. สินี ดิษฐบรรจงพจน์. Hyperphosphatemia and Hyperparathyroidism in Hemodialysis. ใน ธนิต จิรนนท์ธวัช และคณะ.(บรรณาธิการ), **New Frontiers in Dialysis**. กรุงเทพฯ : Text and Journal Publication, 2551: 144 - 156.
27. สุพร มหาราการ. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551: 2.
28. สุพัตรา สิงห์อุตสาหะชัย. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2550: 84
29. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี . สถิติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมปี 2552 – 2558, 2556.

30. อิชณี พุทธิมนตรี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ดิ๊กกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ (สุโขทัย) สาขาสุโขทัย บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549.
 31. Ali A Alshatwi, Agdir Alshmary and Abdrohman Al-Khalifa. "Nutritional Assessment of Hemodialysis Patients". *Journal of Med Science*, 7(2), 2007: 294-298.
 32. Angel, L.M. Challenges and future of renal replacement therapy. *Hemodialysis International*; 2006: 19-23.
 33. Block, G.A., Hulbert-Shearon, T.E., Levin, N.W., et al. Association of serum phosphate and calcium. *American Journal Kidney Disease*; 1998: 607-617.
 34. Bommer, Jürgen. Prevalence and socio-economic aspects of chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*; 2002: 8-10.
 35. Chuan meng - huang. "Inadequate energy and excess protein intakes may be associated with worsening renal function in chronic kidney disease". *Journal of Renal Nutrition*, 18(2), 2008: 187-197.
 36. Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*; 1991: 354-361.
- Isabel Cristina de Araujo and Other . "Nutritional Parameters and Mortality in Incident Hemodialysis Patients". *Journal of Renal Nutrition*. (1), 2006: 27-35.
37. Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M. *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby Year Book, 2001.
Orem, D.E. *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby Year Book, 1995.
Polit, D.F., Hungler, B.P. *Nursing research : Principles and methods* Philadelphia : J.B. Lippincott, 1987.
 38. Rostand, S.G., Sanders, C., Kirk, K.A., et al. Myocardial calcification and cardiac dysfunction in chronic renal failure. *American Journal Medicine*, 1988: 551-567.
 39. Schofield, R. Empowerment education for individuals with serious mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*; 1998: 35-40.
 40. Siddiqui Ahmed Umair, Abdul Hali, Tassawae Hussain. "Nutrition Profile and Inflammatory Status of Stable Chronic Hemodialysis Patients at Nephrology Department, Military Hospital Rawalpindi". *Journal Ayub Med coll Abbottabad*, 19(4), 2007: 29-31.
 41. The process of empowerment in mother of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*; 1995: 1201-1210.

การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการวิเคราะห์หาพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก
ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

Estimation of risk area of Dengue fever in Mahasarakham province using by geographical
information system (GIS)

ศุภนาถ รัตนดาตยา¹, เลิศชัย เจริญชัยญูรักษ์²

Suppanart Ratanadadas , Lertchai Chareerntanyarak

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อระบุระดับความเสี่ยงของพื้นที่ต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดมหาสารคาม ด้วยการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ โดยนำข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกมาจัดทำแผนที่ของแต่ละชั้นตัวแปร โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ บึงจันท์แหล่งน้ำ, บึงจันท์นาข้าว, ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI), ความหนาแน่นประชากร, ความหนาแน่นครัวเรือน และบึงจันท์พื้นที่ที่เกิดโรคไข้เลือดออกระบาดซ้ำซ้อน ซึ่งเป็นข้อมูลปี พ.ศ. 2550 - 2559 เพื่อแสดงแผนที่การกระจายของการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาความสัมพันธ์ของการเกิดโรคร่วมกับการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการใช้ตัวแบบถดถอยแบบพหุคูณโลจิสติก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า บึงจันท์ที่มีผลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของจังหวัดมหาสารคาม จากการวิเคราะห์บึงจันท์สภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกทั้งหมด 7 บึงจันท์ พบว่า มีจำนวน 3 บึงจันท์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ได้แก่ บึงจันท์แหล่งน้ำ (OR=2.39, 95%CI: 1.51-3.80) บึงจันท์นาข้าว (OR=1.34, 95%CI: 1.13-1.59) และบึงจันท์พื้นที่ที่เกิดโรคไข้เลือดออกระบาดซ้ำซ้อน (OR=1.71, 95%CI: 1.11-2.62) โดยการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ พบว่า ในพื้นที่ทั้งหมด 13 อำเภอ พื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูง มีทั้งหมด 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเชียงยืน อำเภอนาเชือก อำเภอโกสุมพิสัย และอำเภอเมืองมหาสารคาม พื้นที่ที่อยู่ในความเสี่ยงปานกลาง คือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย และอำเภอนันทม และส่วนใหญ่ของจังหวัดมหาสารคามจะเป็นพื้นที่ที่อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำและต่ำมาก โดยพบทั้งหมด 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอยางสีสุราช อำเภอวาปีปทุม อำเภอ

นาคูน อำเภอแกลง อำเภอกระบุรี อำเภอกุฉินารายณ์ และอำเภอกันทรวิชัย

คำสำคัญ: ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์, พื้นที่เสี่ยงการระบาด, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This descriptive study was to identify the risk area of dengue fever distribution in Mahasarakham province using by geographic information systems (GIS). The epidemiological data of dengue fever in 13 districts of Mahasarakham province were mapped to each class of variables to find out the relationship of disease occurrence and the spatial analysis. The variables used for data analysis were water resources, paddy field, The index for mosquito larvae HI and CI, density of population, density of household and repeated epidemic area. All variable data was in the year of 2007 - 2016. Data analysis was descriptive statistics and used regression model for association analysis at statistically significant level 0.05.

The study indicated that the 3 of 7 environmental factors related to dengue fever in Mahasarakham province were water resources (OR=2.39, 95%CI: 1.51-3.80), paddy field (OR=1.34, 95%CI: 1.13-1.59), and repeated epidemic area (OR=1.71, 95%CI: 1.11-2.62). By applying GIS, the highest risk areas for dengue fever outbreak were found in 4 districts; Chiangyuen, Nachueak, Kosumphisai and

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Mueangmahasarakham districts. The medium risk areas of dengue fever were Phayakaphompisai and Chuenchom districts. The low risk areas of dengue fever were found in Wapipathum, Nadun, Kaedam, Borabue, Kutrang and Kantharawwichai districts.

Key words: geographic information systems (GIS), epidemic risk area, dengue fever

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีที่มี ขยายเป็นพาหะนำโรค โรคนี้ได้กลายเป็นปัญหา สาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากโรค ไข้เลือดออกได้แพร่กระจายอย่างกว้างขวาง โรคนี้ได้กลาย มาเป็นโรคประจำถิ่นของหลากหลายประเทศ โดย ประเทศไทยเริ่มพบการระบาดของโรคไข้เลือดออกครั้งแรกที่กรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ.2501 และโรคไข้เลือดออก ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานกว่า 60 ปี ปัจจุบันในปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกแล้ว จำนวน 40,026 ราย โดยมีผู้เสียชีวิตแล้วจำนวน 31 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 61.18 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.08 (ข้อมูล ณ วันที่ 13 กันยายน 2559) (สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง, 2559) จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2559 มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 58.45 (1.58 เท่า) เมื่อนำข้อมูลจำนวนผู้ป่วย เปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2558 สำหรับสถานการณ์ของโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า จังหวัดที่พบผู้อัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตรา ป่วย 66.04 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ จังหวัด กาศสินธุ์ จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดขอนแก่น โดย จังหวัดมหาสารคาม มีอัตราป่วย 41.55 ต่อแสนประชากร (สำนัก โรคติดต่อ นำโดยแมลง, 2559) และจังหวัด มหาสารคามเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่โรคไข้เลือดออกเป็น ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ มีการตรวจพบการระบาดของ โรคอย่างต่อเนื่อง เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย ไข้เลือดออกจังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ. 2559 กับค่ามัธย ฐานของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกของจังหวัดมหาสารคาม 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานตั้งแต่ ต้นปี โดยปีพ.ศ. 2559 เดือนมกราคมสูงกว่าค่ามัธยฐาน

ประมาณ 5 เท่า เดือนกุมภาพันธ์สูงกว่าค่ามัธยฐาน ประมาณ 3.7 เท่า เดือนมีนาคมสูงกว่าค่ามัธยฐานประมาณ 2 เท่า และเดือนเมษายนก็ยังคงสูงกว่าค่ามัธยฐาน (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2559)

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ใ งานสาธารณสุข สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ในหลากหลาย ประเด็น เช่น การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา คือ การ วิเคราะห์การกระจายของการป่วย, การตาย การกระจาย ของปัจจัยเสี่ยง การกระจายของอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่างๆ หรือการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับ ผลลัพธ์สุขภาพ ในการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เนื่องจากว่ายังมีปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็น ปริมาณน้ำฝน พื้นที่เกษตรกรรมที่มีน้ำขัง และหนองน้ำ เป็นต้น ล้วนแต่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้ การ นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้จึงมีความสำคัญ ใน การสนับสนุนการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาให้เกิด ประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ (จารุวรรณ วงบุญดี และ คณะ, 2551) จะเห็นได้ว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นโรคที่ ต้องหาแนวทางในการป้องกัน ควบคุมอยู่อย่างต่อเนื่อง และเห็นถึงความสำคัญของการนำระบบสารสนเทศ ภูมิศาสตร์มาประยุกต์ในการหาแนวโน้มการระบาดของ โรค หาพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อนำข้อมูลที่ศึกษาไป เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรค ซึ่งผลการศึกษาระบบ สารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในครั้งนี้จะใช้สำหรับ เป็นต้นแบบในการศึกษาการระบาดของโรคอื่นๆ โดยใช้ ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) รวมทั้งสามารถนำ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการวางแผนป้องกันและ ควบคุมโรคในพื้นที่อื่นๆได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

เพื่อศึกษาการระบาดและวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงของ
โรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามในปี พ.ศ.

2550 – 2559 โดยการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศ

ภูมิศาสตร์ (GIS)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา
(Descriptive Study) ในการประยุกต์ระบบสารสนเทศ
ภูมิศาสตร์เพื่อศึกษาการกระจายของโรคไข้เลือดออก ใน
เขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบด้วย 13 อำเภอ
โดยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ระหว่างปี พ.ศ. 2550 –
2559

ประชากร

ผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัด
มหาสารคาม ตามรายงาน 506 ตั้งแต่ พ.ศ.2550 - 2559

เครื่องมือในการวิจัย

โปรแกรม ArcGIS 10.1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบเอกสารและเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้
การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จาก
หน่วยงานราชการต่างๆ รวมทั้งการสอบถามจากผู้ที่
มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เพื่อ
นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดปัจจัยที่จะนำมาใช้ในการ
วิเคราะห์ครั้งนี้

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยสำคัญด้าน
สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ผู้วิจัย
เลือกใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ปริมาณน้ำฝน พื้นที่แหล่ง
น้ำ สถิติภูมิอากาศ และการใช้ประโยชน์ที่ดิน แต่เนื่องจาก
ข้อมูลปริมาณน้ำฝน และสถิติภูมิอากาศ เป็นข้อมูลในภาพ
จังหวัด จึงไม่มีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ ผู้วิจัยจึงไม่
นำเข้าร่วมการวิจัย

2. ปัจจัยด้านพาหะนำโรค ในการศึกษาค้นคว้า
ครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านพาหะนำโรคในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ
ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ 1) ค่า HI (House Index) หรือ
จำนวนลูกน้ำยุงลายที่ตรวจพบลูกน้ำยุงลาย ใน 100
หลังคาเรือนที่ทำการสำรวจ 2) ค่า CI (Container Index)

หมายถึง จำนวนของภาชนะที่ตรวจพบลูกน้ำยุงลายใน
100 ภาชนะที่ทำการสำรวจ

3. ปัจจัยด้านบุคคล ผู้วิจัยเลือกใช้ค่าความ
หนาแน่นของครัวเรือน และค่าความหนาแน่นของ
ประชากร เป็นปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

4. ปัจจัยด้านอัตราการป่วยจากโรค
ไข้เลือดออก โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของการป่วย
ด้วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงของการเกิด
โรคไข้เลือดออกใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ คือ การใช้ตัว
แบบถดถอยแบบพหุคูณอิสระ และในการวิเคราะห์หา
พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ใช้การวิเคราะห์เชิง
พื้นที่ ดังนี้

1. การสร้างชั้นข้อมูล เป็นการสร้างฐานข้อมูล
เชิงพื้นที่ และชั้นข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการเกิด โรค
ไข้เลือดออก โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก
ได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและ
การเกิดโรคไข้เลือดออก แล้วนำปัจจัยเสี่ยงมาสร้างชั้น
ข้อมูลโดยใช้ระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศมาประยุกต์เป็น
เครื่องมือในการสร้างชั้นข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูล และการซ้อนทับข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการซ้อนทับข้อมูลด้วยผลรวมของชั้น
ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด โรค
ไข้เลือดออก แล้วนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลมาจัดระดับ
ความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในแต่ละพื้นที่ เพื่อ
หาพื้นที่เสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยการ
จัดลำดับค่าคะแนนความเสี่ยงโดยการกำหนดช่วงคะแนน
ระดับความเสี่ยง ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะแบ่งพื้นที่เสี่ยง
ออกเป็น 4 ระดับ คือ เสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงต่ำ และ
เสี่ยงต่ำมาก

3. รายงานผลการศึกษา ด้วยการใช้แผนที่
ระดับความเสี่ยงการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัด
มหาสารคาม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะการกระจายการระบาดของโรค ไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

1.1 ด้านบุคคล

1.1.1 เพศ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ปี พ.ศ.
2550 – 2559 มีทั้งหมดจำนวน 8,876 คน โดยพบว่าเพศ
หญิงมีจำนวนสูงกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 51.26 ในปี
พ.ศ. 2556 พบจำนวนสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงที่สุด
จำนวน 2,686 คน เป็นเพศชาย 1,230 คน คิดเป็นร้อยละ
13.86 และเพศหญิง 1,456 คน คิดเป็นร้อยละ 16.40
รองลงมาคือ ปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 1,230 คน เป็น
เพศชายจำนวน 581 คน คิดเป็นร้อยละ 6.55 เพศหญิง 649
คน คิดเป็นร้อยละ 7.31 ในส่วนของปีที่พบผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกน้อยที่สุด คือ ปี พ.ศ. 2552 โดยมีจำนวน
ผู้ป่วยทั้งสิ้น 327 คน แบ่งเป็นเพศชาย 172 คน คิดเป็นร้อย
ละ 1.94 และเพศหญิง 155 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75 และ
เมื่อแยกเป็นรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ
อำเภอเมืองมหาสารคาม จำนวน 2,792 คน ส่วนอำเภอขึ้น
ชมเป็นอำเภอที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกน้อยที่สุด โดยพบ
จำนวน 44 คน

1.2 อายุ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการ
จัดกลุ่มช่วงอายุของผู้ป่วยไข้เลือดออก ทั้งหมด 17 กลุ่ม
โดยแบ่งเป็น กลุ่มช่วงอายุ แรกเกิด - 4 ปี, 5 - 9 ปี, 10 - 14
ปี, 15 - 19 ปี, 20 - 24 ปี, 25 - 29 ปี, 30 - 34 ปี, 35 - 39 ปี,
40 - 44 ปี, 45 - 49 ปี, 50 - 54 ปี, 55 - 59 ปี, 60 - 64 ปี, 70 -
74 ปี, 75 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป จากการศึกษา พบว่า ช่วง
อายุที่พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ ช่วงอายุ
10 - 14 ปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงถึง 2,780
คน คิดเป็นร้อยละ 31.32 แบ่งเป็นเพศชาย 1,444 คน คิด
เป็นร้อยละ 16.27 เพศหญิง 1,336 ร้อยละ 15.05 รองลงมา
คือ ช่วงอายุ 15 - 19 ปี มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งหมด
1,906 คน แบ่งเป็นเพศชายจำนวน 940 คน คิดเป็นร้อยละ
10.59 และเพศหญิงจำนวน 966 คน คิดเป็นร้อยละ 10.88
โดยช่วงอายุที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกน้อยที่สุด คือ ช่วงอายุ

80 ปีขึ้นไป พบจำนวน 3 คน เป็นเพศชายจำนวน 1 คน
และเพศหญิงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.01 ตามลำดับ

เมื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2559 โดยจำแนกตามกลุ่มอาการของ
โรค แบ่งได้เป็น ผู้ป่วยไข้แดงที่ “Dengue fever” (DF),
ผู้ป่วยไข้เลือดออก “Dengue Haemorrhagic Fever” (DHF)
และผู้ป่วยไข้เลือดออกช็อก “Dengue Shock Syndrome”
(DSS) พบว่า ผู้ป่วยไข้แดงที่เป็นผู้ป่วยที่พบจำนวนมาก
ที่สุด จำนวน 5,373 คน คิดเป็นร้อยละ 60.53 รองลงมา คือ
ผู้ป่วยไข้เลือดออก พบจำนวน 3,381 คน คิดเป็นร้อยละ
38.09 ส่วนผู้ป่วยไข้เลือดออกช็อก พบจำนวนน้อยที่สุด
คือ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 1.37

กลุ่มอาการของโรคไข้เลือดออกที่มีความรุนแรง
ของโรคมากที่สุด คือ มีอัตราผู้ป่วยตายสูงสุด คือ ผู้ป่วย
ไข้เลือดออกช็อก มีอัตราป่วยตายสูงสุด ร้อยละ 16.67
รองลงมา คือ ผู้ป่วยไข้เลือดออก มีอัตราป่วยตายร้อยละ
0.12 ส่วนโรคที่มีอัตราป่วยตายน้อยที่สุด คือ ผู้ป่วยไข้แดง
ที่ อัตราป่วยตาย 0.07

1.2 ด้านเวลา

ในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2559
จากผลการศึกษา พบว่า จังหวัดมหาสารคามพบผู้ป่วยโรค
ไข้เลือดออกมากที่สุดในปี พ.ศ. 2556 โดยมีจำนวนสูงถึง
2,686 คน คิดเป็นอัตราป่วย 281.07 ต่อแสนประชากร
รองลงมา คือ ปี พ.ศ.2555 จำนวนผู้ป่วย 1,230 คน คิดเป็น
อัตราป่วย 130.14 ต่อแสนประชากร และ ปี พ.ศ.2552
พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนน้อยที่สุด
คือ 327 คน คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 34.82 ต่อแสน
ประชากร

เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลัง ในปี
พ.ศ. 2556 ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัด
มหาสารคามมากที่สุดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ตั้งแต่ปี
พ.ศ. 2550 – 2559 จะพบว่า ในปี พ.ศ. 2556 เกิดการ
กระจายการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่จังหวัด
มหาสารคามมากที่สุดเช่นกัน คือ เกิดการระบาดในพื้นที่
12 อำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ยกเว้นอำเภอนาเชือก

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

รองลงมาในปี พ.ศ. 2558 เกิดการระบาดใน 11 อำเภอของ
จังหวัดมหาสารคาม ยกเว้นอำเภอเมืองมหาสารคามและ
อำเภอขามเฒ่า

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ทำการศึกษากับการเกิดโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	OR	95%CI	P-value
ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย			
HI	0.84	0.30-2.34	0.74
CI	0.73	0.50-1.07	0.10
การใช้ประโยชน์ที่ดิน			
แหล่งน้ำ	0.85	0.72-1.01	0.06
นาข้าว	1.34	1.13-1.59	0.001
ความหนาแน่นประชากร	0.10	0.76-1.32	0.99
ความหนาแน่นครัวเรือน	1.06	0.81-1.39	0.67
พื้นที่การระบาดซ้ำซาก	1.71	1.11-2.62	0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า ในปัจจัยทั้งหมด 7 ปัจจัย ปัจจัยพื้นที่นาข้าวและปัจจัยพื้นที่การระบาดซ้ำซากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยความหนาแน่นของครัวเรือนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกอย่างไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าความเสี่ยงของปัจจัยกับการเกิดโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	OR	95%CI	P-value
ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย			0.74
HI			
- ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0	0	
- มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.84	0.30-2.34	
CI			0.28
- ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0	0	
- เสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับต่ำ	1.06	0.49-2.30	
- เสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูง	0.54	0.17-1.69	
- เสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูงมาก	0.34	0.81-1.40	
การใช้ประโยชน์ที่ดิน			
แหล่งน้ำ			0.001
- พื้นที่แหล่งน้ำต่ำมาก	0	0	
- พื้นที่แหล่งน้ำต่ำ	2.39	1.51-3.80	0.00
- พื้นที่แหล่งน้ำปานกลาง	2.11	1.06-4.20	0.03
- พื้นที่แหล่งน้ำสูง	1.44	0.49-4.22	0.51

ตัวแปร	OR	95%CI	P-value
- พื้นที่แหล่งน้ำมาก	2.70	0.97-7.51	0.06
นาข้าว			0.01
- พื้นที่นาข้าวต่ำมาก	0	0	
- พื้นที่นาข้าวต่ำ	0.73	0.52-1.02	0.06
- พื้นที่นาข้าวปานกลาง	1.75	0.91-3.38	0.09
- พื้นที่นาข้าวสูง	0.60	0.20-1.80	0.37
- พื้นที่นาข้าวสูงมาก	0.16	0.02-1.21	0.08
ความหนาแน่นประชากร			0.97
- ความหนาแน่นต่ำมาก	0	0	
- ความหนาแน่นต่ำ	0.88	0.29-2.70	0.83
- ความหนาแน่นปานกลาง	1.00	0.32-3.15	1.00
- ความหนาแน่นสูง	1.11	0.38-3.28	0.85
- ความหนาแน่นสูงมาก	0.71	0.17-3.03	0.65
ความหนาแน่นครัวเรือน			0.50
- ความหนาแน่นต่ำมาก	0	0	
- ความหนาแน่นต่ำ	2.8	0.79-9.89	
- ความหนาแน่นปานกลาง	1.57	0.41-5.96	
- ความหนาแน่นสูง	1.78	0.50-6.31	
- ความหนาแน่นสูงมาก	2.44	0.61-9.80	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า พื้นที่แหล่งน้ำที่มีความหนาแน่นของแหล่งน้ำต่ำ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าพื้นที่แหล่งน้ำที่มีความหนาแน่นต่ำมาก 2.39 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.00) และพื้นที่แหล่งน้ำที่มีความหนาแน่นของแหล่งน้ำปานกลาง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมากกว่าพื้นที่แหล่งน้ำที่มีความหนาแน่นต่ำมาก 2.11 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.03)

การประยุกต์ใช้โปรแกรมในการแสดงพื้นที่เสี่ยงการระบาดของโรคไข้เลือดออก

การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงของการระบาดของโรคไข้เลือดออก โดยการนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและปัจจัยที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้คงไว้ โดยปัจจัยที่นำเข้าในการวิเคราะห์ครั้งนี้ คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค คือ ปัจจัยแหล่งน้ำ ปัจจัยนา

ข้าว พื้นที่ที่เกิดโรคไข้เลือดออกระบาดซ้ำซ้อน และปัจจัยที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้คงไว้ คือ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI, CI) โดยการนำมาวิเคราะห์ผลรวมของค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยใช้การประยุกต์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล แล้วแบ่งพื้นที่เสี่ยงออกเป็น 4 ระดับความเสี่ยง คือ พื้นที่เสี่ยงต่ำมาก พื้นที่เสี่ยงต่ำ พื้นที่เสี่ยงปานกลาง พื้นที่เสี่ยงสูง แบ่งโดยใช้โปรแกรม Arcmap 10.1 โดยใช้เกณฑ์ค่าสถิติควอไทล์ในการแบ่งข้อมูล โดยแสดงแผนที่แยกรายปี 10 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 – 2559 ผลจากการวิเคราะห์การซ้อนทับข้อมูล

เมื่อทำการซ้อนทับข้อมูล โดยใช้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการระบาดของโรค 10 ปีย้อนหลัง เพื่อหาพื้นที่เสี่ยงของการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า อำเภอที่มีความเสี่ยงการระบาดของ

ไข่เลือดออกกระบาดซ้ำซ้อน โดยสาเหตุที่ปัจจัยแหล่งน้ำ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไข่เลือดออกนั้น อาจจะเป็น เพราะแหล่งน้ำสามารถเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ได้ ทำให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีแหล่งน้ำเป็น จำนวนมาก มีความเสี่ยงในการเกิดโรคไข่เลือดออก มากกว่าประชาชนที่อยู่ในบริเวณที่มีแหล่งน้ำต่ำ เช่นเดียวกับในส่วนของปัจจัยนาข้าว ที่นาข้าวเป็นพื้นที่ การเกษตรที่มีแหล่งน้ำขัง เป็นสาเหตุให้ยุงลายสามารถ วางไข่ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้ และในจังหวัด มหาสารคามเกษตรกรรมส่วนมากก็ประกอบอาชีพทำนา และที่พักอาศัยจะอยู่ใกล้กับพื้นที่นา จึงทำให้มีโอกาสใน การสัมผัสโรคได้ง่าย ในด้านของพื้นที่ที่เคยเกิดการ ระบาดซ้ำซากแล้วจะทำให้เกิดโอกาสในการระบาดซ้ำอีก นั้น อาจเป็นเพราะในพื้นที่นั้นมีปัจจัยเสี่ยงในด้าน สิ่งแวดล้อม เมื่อพื้นที่นั้นมีความเสี่ยงแล้วยังไม่ได้รับการ แก้ไขปัญหา จึงเป็นสาเหตุที่จะทำให้โรคไข่เลือดออก กลับมาระบาดอีกครั้งได้ เนื่องจากโรคไข่เลือดออกหาก ไม่ให้ความสำคัญในการควบคุมป้องกันด้านสิ่งแวดล้อม ก็อาจทำให้โรคไข่เลือดออกกลับมาระบาดได้อีกครั้ง หนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุดลย์ กล้าขยัน (2549) ที่พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการ เกิดโรคไข่เลือดออกในจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ฤดูกาล ปริมาณน้ำฝน จำนวนแหล่งน้ำ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ปรารถนีย์ บัวเฟื่อง (2556) กล่าวว่าพื้นที่ที่มีการ ระบาดของโรคส่วนมากแหล่งที่ตั้งของครัวเรือนจะตั้งอยู่ ใกล้กับแหล่งน้ำทั้งหมด และส่วนมากพื้นที่จะเป็นพื้นที่ ป่าไม้ ภูเขา และพื้นที่ทำการเกษตร สอดคล้องกับ การศึกษาของ พิมปภัศสร แสงบัณฑิต (2552) ที่พบว่า ใน ฤดูฝน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย, ระยะทางสั้นที่สุดจากหมู่บ้านตัวแทนตำบลถึงหมู่บ้านที่ พบผู้ป่วย และร้อยละพื้นที่แหล่งน้ำผิวดินต่อเนื้อที่ตำบล และสอดคล้องกับการศึกษารายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ สำหรับการ ป้องกันและควบคุมยุงลายและโรคไข่เลือดออกในพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี ของ จารุวรรณ วงบุญดี และคณะ (2551) พบว่า จาก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่ง

เพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย คือ พื้นที่เกษตรกรรมที่มีน้ำขัง และ หนองน้ำ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเกิดโรคไข่เลือดออก เพื่อหาพื้นที่เสี่ยงของ โรคไข่เลือดออก ควรนำปัจจัยจากหลายๆด้าน มาใช้ในการ พิจารณา เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรค ไข่เลือดออก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฤดูกาล อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ ปริมาณน้ำฝน จำนวนวันฝนตก เป็นต้น เพื่อให้ได้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ครอบคลุม และ หลากหลายมากขึ้น และข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวิเคราะห์ ควรจะมีความละเอียดมากเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะทำให้การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความ ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จะทำให้ผลการศึกษามีความถูกต้อง มากขึ้น

2. จากข้อจำกัดทางข้อมูล บางข้อมูลอาจไม่ใช่ ข้อมูลปัจจุบัน และอาจมีข้อมูลบางส่วนที่ขาดความ ละเอียดของข้อมูล สามารถเก็บข้อมูลได้เฉพาะบางส่วน จึงทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลอาจจะไม่ครอบคลุม ดังนั้น ควรประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่ ด้านอุตุนิยมวิทยา เพื่อให้ได้ข้อมูลของปริมาณน้ำฝนใน แต่ละพื้นที่ เจ้าหน้าที่สำนักพัฒนาที่ดิน เพื่อความเป็น ปัจจุบันของข้อมูลการใช้ประโยชน์ที่ดิน เป็นต้น โดย การศึกษาครั้งต่อไปควรนำเทคโนโลยีสารสนเทศมา ประยุกต์ในการนำเสนอข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน โดยเชื่อมต่อกับการบันทึกข้อมูลปัจจัยต่างๆ เพื่อให้มองเห็นพื้นที่เสี่ยง ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.เลิศ ชัย เจริญชัยวิทย์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะในการปรับปรุง งานวิจัยชิ้นนี้ และนายแพทย์กิมหันต์ ยงรัตนกิจ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม คุณกฤษณ์ โพธิ์ศรี หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ คุณพรสิทธิ์ ทายนันท์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่
ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมทรัพยากรธรณี. (2552). การจำแนกเขตเพื่อการจัดการด้านธรณีวิทยาและทรัพยากรธรณี จังหวัดมหาสารคาม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท จันทวนิชย์ ซีเคียวริตี้พรีนติ้ง จำกัด.
2. คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2559). Learning GIS. ค้นเมื่อ 28 กันยายน 2559, จาก <http://www.gisthai.org/about-gis/gis.html>.
3. จรณิต แก้วกั้งวาล, จิระพัฒน์ เกตุแก้ว และธีรชาติ กอพยัคณินทร์. (2558). ระบาดวิทยา. ใน สุภาวดี พวงสมบัติ (บรรณาธิการ). คู่มือวิชาการโรคติดต่อและโรคใช้เลือดออกแดงกึ่ง ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. (หน้า 1 – 10). พิมพ์ครั้งที่ 1. [ม.ป.ท.]: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดส์ดีไซน์.
4. จารุวรรณ วงบุตดี, วัชรพงษ์ แสงนิล และนันทยา กระสวยทอง. (2551). การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ สำหรับการป้องกันและควบคุมยุงลายและโรคใช้เลือดออกในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี.
5. จุฬารักษ์ ชัยรัตน์. (2549). การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออกในจังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสารสนเทศสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. จุฬานีย์ คำชัย. (2550). การประยุกต์ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการเฝ้าระวังโรคใช้หวัดนก : กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการรับรู้จากระยะไกลและระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
7. นำชัย โอฬารบัณฑิตกุล. (2548). ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ระบาดวิทยาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
8. ปรางทิพย์ บัวเฟื่อง. (2556). การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS) ในการศึกษาการกระจายการระบาดของโรคใช้เลือดออก (DHF) ในพื้นที่อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(การจัดการสิ่งแวดล้อม) บัณฑิตวิทยาลัย คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
9. พินิจ พ้าอำนวยการ. (2550, กันยายน). การประยุกต์ใช้ GIS ในงานสาธารณสุข. เอกสารประกอบการอบรมระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ และการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข รุ่นที่ 1. สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2559, จาก www.hiso.or.th/hiso/picture/hotNews/GIS.ppt
10. พิมพ์สสร แสงบัณฑิต. (2552). การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคใช้เลือดออก จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการรับรู้จากระยะไกลและระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. วันทนา กลางบุรีรัมย์. (2552). การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อระบุระดับความเสี่ยงของพื้นที่ ต่อการคิดเชื้อเลปโตสไปราในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
12. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2559). จังหวัดมหาสารคาม. ค้นเมื่อ 28 กันยายน 2559, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/จังหวัดมหาสารคาม>
13. วิเชียร ฝอยพิกุล. (2550). การจัดการข้อมูลพื้นที่ด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์. นครราชสีมา : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
14. ศิริเพ็ญ กัลยานรงค์. (2553). การรักษาโรคใช้เลือดออกจากประสมการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป. วารสารโรคติดต่อ นำโดยแมลง, 6(1), 14-21.
15. _____, & สุภาวี พวงสมบัติ. (2558). บทที่ 3 การคิดเชื้อ อากาศและอาการแสดง. ใน สุภาวดี พวงสมบัติ (บรรณาธิการ). คู่มือวิชาการโรคติดต่อและโรคใช้เลือดออกแดงกึ่ง ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. (หน้า 16 – 23). พิมพ์ครั้งที่ 1. [ม.ป.ท.]: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดส์ดีไซน์.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2561

16. สมรัตน์ แดงดีป. (2552). การประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในการศึกษาการระบาดของโรคลิชีเลือดออกในพื้นที่ตำบลงต้น อำเภอดอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
17. สรรค์ใจ กลิ่นดาว. (2542). ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ : หลักการเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพฯ.
18. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2559, เมษายน). สถานการณ์โรคทางระบาดวิทยาประจำเดือนเมษายน 2559. เอกสารประกอบการประชุมประจำเดือนเมษายน 2559, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
19. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์. (2548). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคลิชีเลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: [ม.ป.พ.]
20. สำนักระบาดวิทยา. (2558). รายงานโรคลิชีในระบบเฝ้าระวัง 506. ค้นเมื่อ 23 กันยายน 2559, จาก http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1/ds_wk2pdf.php?ds=hf&yr=58
21. _____. (2559). รายงานโรคลิชีในระบบเฝ้าระวัง 506. ค้นเมื่อ 23 กันยายน 2559, จาก http://www.boe.moph.go.th/boedb/d506_1/ds_wk2pdf.php?ds=hf&yr=59
22. สำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดต่อเขตร้อนและโรคลิชีเลือดออกเชิงด้ำนการแพทย์และสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. [ม.ป.ท.]: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดส์ไซน์
23. _____. (2559ก). สถานการณ์โรคลิชีเลือดออกประจำสัปดาห์ที่ 16 ปี 2559. ค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2559, จาก <http://www.thaivbd.org/n/histories/view/2616>
24. _____. (2559ข). สถานการณ์โรคลิชีเลือดออก ประจำสัปดาห์ที่ 36 ปี 2559. ค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2559, จาก <http://www.thaivbd.org/n/dengues/view/559>
25. สรุปข้อมูลพื้นฐานจังหวัดมหาสารคาม. (2555). ค้นเมื่อ 28 กันยายน 2559, จาก <http://mahasarakham.mnre.go.th/msk/file/mahasarakham.pdf>
26. เสี่ยงธรรมวิมล โรจน์ฤทัย. (2557). เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท). ด้านการใช้เครื่องฟ่นเคมีควบคุมยุงลายพาหะนำโรคลิชีเลือดออก. ค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2559, จาก <http://iudc.ddc.moph.go.th/wpcontent/uploads/2014/07/%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B8%A7%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%87%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%A21.pdf>
27. อุดลย์ กล้าขันธ์. (2549). การศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมกับการเกิดโรคลิชีเลือดออกในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสารสนเทศสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.